

„ES IST, JA, BATTLEFIELD – MAN(N) KÄMPFT UMS ÜBERLEBEN“

Wie Väter die Krebserkrankung ihres Kindes erleben

Diplomarbeit

Studiengang Soziale Arbeit

Hochschule Zittau/Görlitz (FH)

Fakultät Sozialwissenschaften

Verfasserin: Anne Lindner

In Kooperation mit:

„Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e.V.“

„Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche Leipzig,
Abteilung für Pädiatrische Hämatologie, Onkologie und Hämostaseologie“

Erstgutachter: Herr Prof. Dr. Rudolf Schmitt

Zweitgutachter: Herr Dipl.-Psych. Florian Schepper

01.01.2011

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	8
1.1. Zielsetzung/Forschungsfrage	9
1.2. Übersicht über die Arbeit	10
1.3. Dank.....	12
A: THEORETISCHES VORVERSTÄNDNIS	14
2. Krebs im Kindes- und Jugendalter – eine Einführung.....	14
2.1. Die häufigsten Erkrankungsarten im Überblick	17
2.2. Therapie und Behandlungsformen.....	18
2.3. Nicht jedes Kind kann geheilt werden.....	22
2.4. Zusammenfassung	24
3. Die Lebenssituation von Familien mit einem krebskranken Kind	25
3.1. Krebs betrifft die ganze Familie	26
3.2. Probleme und Belastungen der Eltern	29
3.3. Die Situation der Väter	33
3.4. Zusammenfassung	36
4. Väter im Fokus der Forschung	37
4.1. Vaterschaft im Wandel – ein historischer Überblick.....	37
4.2. Fazit zur (bisherigen) Väterforschung	40
4.3. Väter in der Bewältigungs- und Trauerforschung – die aktuelle Situation	41
4.3.1. Väterforschung im Bereich der pädiatrischen Onkologie	42
4.3.2. Väter in (ähnlich) belastenden Krisensituationen – ein Einblick in Forschung und Literatur.....	48
4.4. Zusammenfassung	52

5. Bewältigung kritischer Lebensereignisse	53
5.1. Krisenverarbeitung als Lernprozess – ein Modell von Schuchardt.....	55
5.2. Familienstress theoretische Ansätze.....	58
5.2.1. Das Stufenmodell des familiären Stress-Coping-Prozesses	59
5.2.2. Das Familienkrisenmodell.....	60
5.3. Das kognitiv-transaktionale Modell der Stressbewältigung nach Lazarus.....	64
5.3.1. Funktionen des Bewältigungsverhaltens	68
5.3.2. Bewältigungsstrategien.....	69
5.4. Theorie der Ressourcenerhaltung nach Hobfoll	71
5.5. Belastungsbewältigung nach Lehr und Thomae.....	74
5.5.1. Das allgemeine psychische Anpassungssystem	75
5.5.2. Situationsspezifische Reaktionsformen.....	78
5.5.3. Emotionale und evasive Reaktionen	81
5.6. Prinzipien männlicher Bewältigung nach Böhnisch und Winter.....	82
5.7. Zusammenfassung	86
 B: VON DER THEORIE ZUR EMPIRIE	87
 6. Qualitative Sozialforschung.....	87
6.1. Dokumentation des Forschungsprozesses	88
6.2. Zugang zum Feld	89
6.3. Sampling	90
6.4. Datenerhebung.....	94
6.4.1. Wahl der Erhebungsmethode	94
6.4.2. Das Problemzentrierte Interview nach Witzel.....	95
6.4.3. Umsetzung der Erhebungsmethode.....	100
6.4.4. Reflexion der Erhebungsmethode	106

6.5. Transkription der Interviews	108
6.6. Datenauswertung	109
6.6.1. Wahl der Auswertungsmethode	109
6.6.2. Das zirkuläre Dekonstruieren nach Jaeggi, Faas und Mruck	110
6.6.3. Umsetzung der Auswertungsmethode	111
6.6.4. Reflexion der Auswertungsmethode	133
7. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse.....	134
7.1. Die Interviewpartner im Portrait.....	135
7.2. Der Kampf mit der Krebserkrankung – Väter als Kämpfer in unterschiedlichen Rollen	138
7.2.1. Die Krebserkrankung als Herausforderung	138
7.2.2. Die Krebserkrankung als Bedrohung	143
7.2.3. Der Tod als (erleichterndes) Ende des Kampfes	145
7.3. Auswirkungen der Krebserkrankung auf das Befinden der Väter.....	148
7.3.1. Ein Kampf zwischen Stabilität und Zerbrechlichkeit.....	149
7.3.2. Die fehlende Zeit für sich selbst als Verbündete der Zerbrechlichkeit	158
7.3.3. Auszeiten als Verbündete der Stabilität	160
7.4. Die mit der Krebserkrankung verbundenen Lebensumstände der Väter.....	162
7.4.1. Die Diagnose als Moment der Dunkelheit, Zerstörung und des Schocks ..	163
7.4.2. Die innerfamiliäre Aufgabenteilung – Väter zwischen Familie und Beruf	165
7.4.2.1. Die Arbeit – eine Ambivalenz aus Be- und Entlastung.....	165
7.4.2.2. Die Betreuung der Geschwisterkinder.....	168
7.4.2.3. Abwechslung der Eltern bei der Betreuung des erkrankten Kindes	170
7.4.2.4. „Sie ist am Kind. Ich bin an der Peripherie“ – Väter als Absicherer der Rahmenbedingungen	173

7.4.3. Und plötzlich passt (k)ein Blatt zwischen uns – die Beziehung der Eltern zwischen Nähe und Distanz	174
7.4.3.1. Der „Gewinn“ der Gemeinschaft.....	174
7.4.3.2. Der „Verlust“ der Partnerschaft.....	176
7.4.3.3. Krebs als Belastungsprobe für die Beziehung – der unterschiedliche Umgang von Müttern und Vätern	178
7.4.4. Wenn der Wahnsinn zum Alltag wird – Das Erleben der kinderonkologischen Station	181
7.4.5. Der Blick in die Zukunft – eine klare Ungewissheit	183
7.4.5.1. Die Zukunft der Kinder	183
7.4.5.2. Die Zukunft der Väter.....	185
7.4.6. Intensivierung versus Radikalisierung – Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Lebens- und Wertkonzepte der Väter	187
7.5. Von A wie Akzeptanz bis Z wie Zuversicht – Situationsspezifische Ressourcen der Väter als individuelle Formen der Bewältigung.....	190
7.6. Die soziale Unterstützung.....	208
7.6.1. Offensive versus Rückzug – die Wahrnehmung familiärer und freundschaftlicher Unterstützung.....	208
7.6.2. Unterstützung und Hilfe durch andere Institutionen	212
7.6.3. Der Austausch mit anderen betroffenen Vätern	215
7.7. Väter als Gefangene der Männlichkeit – Geschlechterstereotypen als Hindernisse gelingender Bewältigung.....	217
7.8. Spezifische Angebote für Väter – Wünsche zwischen Aktion und Konversation	219
8. Die Ergebnisse im Überblick	222

9. Weiterführende Betrachtungen	230
9.1. Konsequenzen für die Praxis	230
9.2. Konsequenzen für weitere Forschungen.....	237
10. Qualitätsbewertung	239
10.1. Gütekriterien der qualitativen Sozialforschung	240
10.2. Leitlinien zur Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle.....	246
11. Fazit	252
Literaturverzeichnis	253
Anhang.....	262
A 1 – Brief zur Kontaktaufnahme der Väter	263
A 2 – Interviewtranskript Herr Berger	264
A 3 – Interviewtranskript Herr Fischer.....	265
A 4 – Zusammenfassende Nacherzählung des Interviews mit Herrn Schulze	266
A 5 – Zusammenfassende Nacherzählung des Interviews mit Herrn Albrecht.....	267
Ehrenwörtliche Erklärung.....	268
Zusammenfassung/Abstract	269



Grafik: Linda Nestler 2010

„Das haben wir Krebsvatis wahrscheinlich alle gemeinsam (...), dass wir auf einmal (...) eine große Baustelle in unserem Leben zu viel haben.“

(Herr Berger, Z. 884 ff.)

1. Einleitung

„Mein Kind habe Krebs! Das ist nicht wahr. Das kann nicht wahr sein! Mein Kind ist mein Kind!“

(Bruns 1992, S. 37)

Verzweiflung, Hilflosigkeit, Angst, bemüht darum, dass Unfassbare zu fassen – es lässt sich nur erahnen, was in einer Mutter oder einem Vater vorgeht, wenn sie erfahren, dass ihr Kind an Krebs erkrankt ist. Die Diagnose „Ihr Kind hat Krebs“ bedeutet einen tiefen Einschnitt in das Leben der betroffenen Familien (vgl. Sonnenstrahl e.V. Dresden, 2007). Dem krebskranken Kind stehen langwierige Klinikaufenthalte und belastende Therapien mit teils schwerwiegenden Nebenwirkungen bevor, aber auch für die Eltern und Geschwister stellt diese Zeit eine extreme Belastung dar (vgl. Bombeck, 1989, S. 9). Wenn ein Kind an Krebs erkrankt, erkrankt die ganze Familie (vgl. Hertl 2004, S. 574).

Während eines Praktikums bei der „Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e.V.“ lernte ich viele Familien mit ihren ganz persönlichen Geschichten kennen. Dabei fiel mir auf, dass es meist die Mütter sind, welche bei dem erkrankten Kind in der Klinik bleiben, während die Väter weiter arbeiten gehen und erst nach der Arbeit oder am Wochenende zu Besuch kommen (können). „Ich sichere so die Peripherie ab. Ich mache die ganze Logistik drum herum, was das Finanzielle und einfach diesen Alltagskram angeht. Dass meine Frau und meine Tochter alles haben, was sie brauchen“, berichtete ein Vater in einem der Interviews dieser Forschung. Nur sehr vereinzelt hatte ich deshalb Kontakt zu Vätern auf der kideronkologischen Station und auch im Gespräch mit professionellen HelferInnen wie beispielsweise dem Psychologen/der Psychologin habe ich sie kaum wahrgenommen. Fragen wie: „Wie geht es den Vätern in dieser Zeit? Wie erleben sie diese Ausnahmesituation? Wie gehen sie mit dieser Belastung um? Welche Möglichkeiten haben sie, Sorgen und Ängste loszuwerden?“, beschäftigten mich mehr und mehr. Ich begann zu recherchieren und musste feststellen, dass Väter von krebskranken Kindern in der Literatur bisher nur mäßig erwähnt werden und zudem kaum bis gar nicht im Mittelpunkt des Forschungsinteresses standen.

Dass das Thema auch gerade in Fachdiskussionen aktuell ist, zeigte eine Fachtagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie (PSAPOH) unter dem Schwerpunkt „Väter krebskranker Kinder“ im November 2009. Dabei war unter anderem bei einem Workshop zum Thema „Was brauchen Väter wirklich?“ festzustellen, dass selbst in fachinternen Kreisen wenig bis keine offiziellen Aussagen von betroffenen Vätern in Form von empirischen Ergebnissen vorliegen und sich die Diskussionen auf Erfahrungen und Annahmen stützen. Umso mehr war ich bestärkt, diesem Thema wissenschaftlich nachzugehen und direkt mit betroffenen Vätern in Kontakt zu treten.

Glücklicherweise bot sich die Chance, sich im Rahmen einer qualitativen Forschung Vätern krebskranker Kinder intensiv zu widmen und damit einen ersten Beitrag zu diesem aktuell stark diskutierten, aber bisher weitestgehend unerforschten Themenbereich zu leisten.

Die vorliegende Studie umfasst vier reichhaltige Interviews. Das Spektrum reicht von einem Vater, bei dessen Kind die Krankheit erfolgreich therapiert werden konnte über Väter, deren Kinder sich zum Zeitpunkt des Interviews aufgrund von Rückfällen/Zweiterkrankungen seit Jahren in Behandlung befinden, bis hin zu einem Vater, welcher seinen Sohn an der Krebserkrankung verloren hat.

1.1. Zielsetzung/Forschungsfrage

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, sich dem Thema „Väter krebskranker Kinder“ empirisch zu nähern. Da diese Arbeit jedoch nur begrenzt Raum lässt, ist die Fokussierung eines spezifischen Forschungsinteresses sehr bedeutsam, um sich nicht im weiten Feld möglicher Themenbereiche zu verlieren. Aufgrund der bisher mangelhaften Betrachtung der Situation der Väter, liegt es nahe, das Thema einem möglichst weiten Blick zu öffnen und so das allgemeine Erleben der Väter zu beforschen. Zudem soll insbesondere die Bewältigung dieses kritischen Lebensereignisses durch die Väter fokussiert werden, um einen möglichen Hilfebedarf im Bewältigungsprozess zu erkennen. Daraus leitet sich ein weiteres Ziel dieser Arbeit ab: Aus den Erkenntnissen der Forschungsergeb-

nisse sollen Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung erarbeitet und damit der Bezug zum Berufsfeld der Sozialen Arbeit hergestellt werden.

So ergeben sich für die vorliegende Arbeit folgende Forschungsfragen:

- *Wie erleben und bewältigen Väter die Krebserkrankung ihres Kindes?*
- *Welche Möglichkeiten bestehen für die psychosoziale Versorgung, einen möglichen Bedarf an Hilfe abzudecken?*

1.2. Übersicht über die Arbeit

Nach dem ersten einleitenden Kapitel wird in Kapitel 2 zunächst mit einem medizinischen Exkurs über die Krebserkrankung im Kindesalter begonnen. Einerseits soll dies einen Einblick geben, was durch eine solche Ausnahmesituation auf das erkrankte Kind zukommt. Andererseits sollen dem Leser/der Leserin wichtige medizinische Begriffe, die später in den Interviews der Väter Verwendung finden, verständlich gemacht werden.

Kapitel 3 widmet sich den Auswirkungen der Krebserkrankung auf das gesamte System Familie und beinhaltet eine detailliertere Betrachtung der Situation der Väter.

In Kapitel 4 rückt die Väterforschung in den Blickpunkt des Interesses. Neben der Frage, warum es überhaupt notwendig ist, sich speziell mit Vätern auseinanderzusetzen, wird an dieser Stelle auch die aktuelle Situation von Vätern in der Bewältigungs- und Trauerforschung beleuchtet. Dabei liegt der Fokus auf einer englischsprachigen Studie aus dem Jahr 1984, welche die Situation von Vätern krebskranker Kinder spezifisch aufgreift.

Anschließend werden in Kapitel 5 ausgewählte Stress- und Bewältigungstheorien vorgestellt. Neben dem Krisenverarbeitungsmodell von Schuchardt erfolgt eine systemische Betrachtung der Krisensituation „Krebserkrankung“ im Zusammenhang familien-

stresstheoretischer Konzepte. Auch das kognitiv-transaktionale Modell des Stresstheoretikers Lazarus, die Ressourcentheorie von Hobfoll sowie die Ausführungen von Lehr und Thomae über Reaktions- und Bewältigungsformen im Zusammenhang mit stressreichen Ereignissen werden beleuchtet. Zum Abschluss wird sich mit Böhnisch und Winter einem Modell gewidmet, welches sich spezifisch mit männlicher Lebensbewältigung auseinandersetzt.

Mit dem 6. Kapitel beginnt der Übergang von der Theorie zur Empirie. Neben einem Abriss qualitativer Sozialforschung steht in diesem Teil der Arbeit der Forschungsprozess im Zentrum der Betrachtungen. Die gewählte Erhebungs- und Auswertungsmethode wird theoretisch beleuchtet und anhand praktischer Beispiele aus der vorliegenden Forschungsarbeit nachvollziehbar gemacht.

Kapitel 7 widmet sich den Ergebnissen der Forschung. Die im Auswertungsprozess erarbeiteten Konstrukte werden dargelegt und gleichzeitig mit den im Anfangsteil der Diplomarbeit vorgestellten Erkenntnissen über Väter krebskranker Kinder und Theorien der Stress- und Bewältigungsforschung verglichen und diskutiert.

Aufgrund der Reichhaltigkeit der Ergebnisse und des damit einhergehenden Ausmaßes des siebten Kapitels findet sich in Kapitel 8 eine Zusammenfassung der Erkenntnisse der vorliegenden Forschungsarbeit wieder.

Kapitel 9 beinhaltet eine Diskussion über praktische Konsequenzen, welche sich aus den Ergebnissen der Forschung ableiten lassen. Außerdem werden weitere Forschungsmöglichkeiten dargestellt, die sich während des Forschungsprozesses herausgebildet haben.

Kapitel 10 setzt sich zum Abschluss mit der Qualität der vorliegenden Forschungsarbeit auseinander. Neben der Betrachtung klassischer Gütekriterien wird der gesamte Forschungsprozess anhand eines Modells der prozessorientierten Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle beleuchtet und einer Bewertung unterzogen.

Das Fazit in Kapitel 11 rundet die vorliegende Forschungsarbeit ab.

Anmerkungen

Um die Lesbarkeit dieser Arbeit nicht unnötig zu erschweren, schließt die Verwendung des Begriffes „Kind“ auch das Jugendalter mit ein. Sollte es spezifische Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen geben, werden die Begriffe im Einzelfall differenziert verwendet.

Weiterhin ist anzumerken, dass sich die im laufenden Text erwähnten Forschungsergebnisse und Zahlen über Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter nur auf Heranwachsende bis zum 15. Lebensjahr beziehen. Zurückzuführen ist dies auf die Datenerfassung im Deutschen Kinderkrebsregister Mainz, welches bis Ende des Jahres 2008 nur Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 15 Jahren in die Statistiken aufnahm. Erst seit dem 01.01.2009 wurde die Altersgrenze von 15 auf 18 Jahre angehoben, sodass nun auch Heranwachsende bis zum Erreichen der Volljährigkeit in die Statistik des Deutschen Kinderkrebsregisters einbezogen werden (vgl. RKI & GEKID 2010, S. 108). Ergebnisse, welche diese Altersgruppe mit einbeziehen, wurden noch nicht publiziert.

1.3. Dank

Zur Realisierung dieser Arbeit haben einige Menschen ganz besonders beigetragen. Bei diesen möchte ich mich an dieser Stelle herzlich bedanken.

In erster Linie gilt mein Dank den befragten Vätern für ihre vertrauensvolle Bereitschaft, mir in den Interviews einen Einblick in ihre Erfahrungen und Gefühle zu eröffnen. Auch den Vätern, deren Interviews für die Auswertung aufgrund begrenzter Kapazitäten nicht verwendet werden konnten, möchte ich an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich danken. Ohne Sie hätte diese Arbeit nicht realisiert werden können!

Auch der „Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e.V.“ möchte ich meinen herzlichen Dank aussprechen. Der Verein gab mir nicht nur durch das erfahrungsreiche Prak-

tikum die Möglichkeit, auf dieses Thema aufmerksam zu werden, sondern hat auch bei der Verwirklichung der Diplomarbeit bedeutende Unterstützung geleistet. So konnte ich Dank der „Elternhilfe“ an der Tagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (PSAPOH) zum Thema „Väter krebskranker Kinder“ teilnehmen, welche eine wichtige Basis darstellte, einen Einblick in dieses Thema zu erhalten. Zudem unterstützte mich der Verein vertrauensvoll bei der Realisierung der Kontaktaufnahme zu betroffenen Vätern. Insbesondere gilt mein Dank dabei Florian Schepper, welcher mir als Ansprechpartner und Betreuer jederzeit zur Seite stand und mich auf dem nicht immer hindernisfreien Weg der Diplomarbeit von Beginn an begleitet hat. Mit der spontanen Zusage, auch die Aufgabe des Zweitgutachters zu übernehmen, begleitet er mich schließlich auch auf den letzten Metern bis zum Ziel. Danke für die Mühen, die du damit auf dich genommen hast!

Weiterhin möchte ich Herrn Prof. Dr. Rudolf Schmitt von der Fachhochschule Zittau/Görlitz meinen ausdrücklichen Dank aussprechen. Als Erstgutachter brachte er mit seinen Erfahrungen stets neue Impulse ein, löste Blockaden und eröffnete den Blick für Neues. Immer wieder forderte und förderte er mit Anregungen und Diskussionen meine eigenen Kompetenzen und Ideen, wodurch er den Verlauf der vorliegenden Forschungsarbeit bedeutend prägte. Vielen Dank für Ihre Unterstützung im realen Kolloquium und vielen Dank für die Beantwortung unzähliger E-Mails zu nahezu jeder Tages- und Nachtzeit im virtuellen Kolloquium!

In diesem Zusammenhang möchte ich mich zudem bei allen anderen Diplomanden und Diplomandinnen des Kolloquiums von Herrn Prof. Dr. Schmitt bedanken, deren wertvolle und kompetente Unterstützung ich während der Diplomarbeitszeit erfahren durfte. Danke für euer Mitdenken und eure hilfreichen Diskussionen!

Nicht zuletzt gilt mein besonderer Dank Dr. Stephan Schmal, welcher mir insbesondere in der Schlussphase der Arbeit mit seinem fachmännischen und konstruktiven Blick zur Seite stand und mit viel Ausdauer und Kompetenz hilfreiche Korrekturen einbrachte. Danke für dein großes Interesse und deine wertvolle Hilfe!

A: THEORETISCHES VORVERSTÄNDNIS

2. Krebs im Kindes- und Jugendalter – eine Einführung

An dieser Stelle soll zunächst eine allgemeine Definition von Krebs gegeben werden, um schließlich genauer auf die Besonderheiten dieser Krankheit im Kindes- und Jugendalter eingehen zu können. Lamri-Zeggag definiert den Begriff „Krebs“ als eine „Gruppe von Erkrankungen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern, Prognosen und Therapiemöglichkeiten“ (1991, S. 17). Kennzeichnend für alle Krebsarten ist das rasche, unkontrollierte Wachstum funktionsunfähiger Körperzellen, welche durch Fehler im Prozess der fortwährenden Zellneubildung entstehen (vgl. Gutjahr 2000, S. 11 ff.). Anstelle gesunder Zellen, die einen reibungslosen Ablauf des menschlichen Organismus gewährleisten sollen, bilden sich sogenannte „entartete“ Körperzellen, die Krebszellen (ebd.). Durch unkontrollierte Zellwucherungen dringen sie in gesundes Gewebe ein und vernichten dieses, wodurch auch die Kreislauf- und Stoffwechselfunktionen des Körpers zerstört werden (vgl. ebd.). Über Blut- und Lymphbahnen können die Krebszellen zudem in andere Teile des Körpers gelangen und sich so in weiteren, lebensnotwendigen Organen ansiedeln. Dieser Vorgang wird in der Medizin als Metastasierung bezeichnet (vgl. Haas, Schmid, Schmidt, Graubner, Silc & Stamm, 2003, S. 15).

Wieso kann es bei Neubildungs- und Regenerationsprozessen von Körperzellen zu Fehlern kommen, welche die Bildung von Krebszellen nach sich ziehen? In den meisten Fällen ist es nicht möglich, individuelle Aussagen über die Ursache von Krebs zu treffen (Gutjahr 2000, S. 16). Durch intensive Studien der vergangenen Jahre konnten jedoch verschiedene Einflussgrößen auf die Entstehung von Krebs ermittelt werden. Dazu zählen nach Gutjahr (2000, S. 16 ff.):

- physikalische Einwirkungen (z.B. radioaktive Strahlung, UV-Strahlung)
- chemische Substanzen (z.B. Benzol, Kadmium, Vinylchlorid, Chrom und Asbest)
- Viren (z.B. Epstein-Barr-Virus, bestimmte Herpesviren, HI-Virus)

Bei Kindern kommt in den meisten Fällen jedoch eine weitere, andere Einflussgröße ins Spiel: die genetische Ursache (vgl. ebd., S. 17). Der Großteil der Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist laut Gutjahr ererbt oder beruht auf Veränderungen des Erbmaterials. So ist zum Beispiel bei Kindern mit dem Down-Syndrom die Wahrscheinlichkeit an Leukämie zu erkranken 20 Mal höher, als bei Kindern ohne Down-Syndrom (vgl. ebd., S. 17 f.).

Wie bereits bei den Ursachen von Krebs deutlich wird, ist Krebs im Kindes- und Jugendalter von Krebs im Erwachsenenalter deutlich zu differenzieren (vgl. ebd., S. 20). Doch nicht nur die Gründe der Entstehung, auch die Häufigkeiten, die Heilungschancen sowie die auftretenden Krebsarten unterscheiden sich stark (ebd.).

Aussagen darüber lassen sich deshalb so spezifisch treffen, da in Deutschland seit Jahrzehnten nahezu alle Krebserkrankungen in sogenannten Krebsregistern erfasst werden. Zur Erfassung von Krebserkrankungen von Kindern und Jugendlichen bis zum 15. Lebensjahr (seit dem 01.01.2009 auch bis zum 18. Lebensjahr) ist bundesweit das Deutsche Kinderkrebsregister in Mainz zuständig. Dieses ist angesiedelt am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz und dokumentiert seit 1980 aus den alten Bundesländern und seit 1991 auch aus den neuen Bundesländern alle malignen Erkrankungen sowie alle gutartigen Hirntumore von Kindern und Jugendlichen, insbesondere die Art der Erkrankung, das Alter und Geschlecht des/der Erkrankten sowie die Therapieerfolge (vgl. Burk 2010). Mit einer Vollzähligkeit von über 95 Prozent und einer derzeit vorhandenen Datengrundlage von über 43.000 Erkrankungsfällen stellt das Register eine der bedeutendsten Grundlagen für sämtliche Forschungen im Bereich der pädiatrischen Onkologie dar (vgl. ebd.).

Das Robert Koch-Institut (RKI) veröffentlichte im Februar 2010 in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) die Broschüre „Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends“, welche auf den Datengrundlagen der Krebsregister in Deutschland verfasst wurde. Im Folgenden

werden die darin vorgestellten Ergebnisse in Bezug auf Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter erläutert (vgl. RKI & GEKID 2010, S. 108 ff.).

Unter den insgesamt in Deutschland lebenden 80 Millionen Menschen befinden sich etwa 12,5 Millionen Kinder und Jugendliche unter einem Alter von 15 Jahren. Von diesen 12,5 Millionen Kindern und Jugendlichen werden jährlich beim Deutschen Kinderkrebsregister Mainz etwa 1.800 neu diagnostizierte Krebserkrankungen gemeldet (vgl. Deutsches Kinderkrebsregister Jahresbericht 2008, S. 1). Nach einer Schätzung des Robert Koch-Instituts erkrankten im Jahr 2006 insgesamt ca. 426.800 Menschen in Deutschland neu an Krebs (vgl. RKI & GEKID 2010, S. 19). Demnach machen die Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter weniger als ein Prozent der jährlich auftretenden Krebserkrankungen aus. Für ein neugeborenes Kind liegt die Wahrscheinlichkeit, dass innerhalb der ersten 15 Lebensjahre eine bösartige Zellwucherung auftritt, bei 0,2 Prozent (vgl. ebd., S. 108).

Im Vergleich zu Erwachsenen mögen diese Zahlen sehr gering erscheinen, dennoch stellen bösartige Zellwucherungen nach RKI und GEKID die zweithäufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen dar. Außerdem ist die Diagnose Krebs für jedes einzelne betroffene Kind und auch für dessen Familie eine enorme Belastung (vgl. Lamri-Zeggar 1991, S. 3).

Vor allem die Unsicherheit und Angst, ob das Kind die Krankheit besiegen wird, stellt für alle Beteiligten eine extreme Herausforderung dar (vgl. ebd.). Die Heilungschancen sind zwar Dank großer medizinischer Fortschritte in den letzten Jahren um ein Mehrfaches gestiegen, dennoch lassen sich die aus Statistiken gewonnenen Prozentzahlen nicht auf den Einzelfall beziehen, da immer auch verschiedene, individuelle Faktoren bei der Aussicht auf Heilung eine Rolle spielen (vgl. RKI & GEKID 2010, S. 112). Im Durchschnitt kann man aber von einer Überlebenswahrscheinlichkeit „von 83 Prozent nach fünf Jahren, von 81 Prozent nach zehn Jahren und von 79 Prozent nach 15 Jahren“ sprechen (ebd.). Im Zusammenhang stehen diese Erfolge vor allem mit den sogenannten „Therapieoptimierungsstudien“, im Rahmen derer heutzutage fast alle Kinder und Jugendlichen behandelt werden (vgl. Deutsche Kinderkrebsstiftung 2010). Diese Studien

bringen es mit sich, dass die jungen Patienten/Patientinnen „nach einheitlichen Standards die jeweils beste Therapie unter Bedingungen erhalten, die eine sehr gute Überwachung, einen intensiven Austausch aller Fachleute und die direkte Übernahme international verfügbaren neuen Wissens ermöglichen.“ (ebd.). Dennoch kann auch nach einer abgeschlossenen Behandlung nicht mit Sicherheit von einer Heilung gesprochen werden, da sich mit den bisher zur Verfügung stehenden Möglichkeiten bösartige Zellen ab einer bestimmten Menge nicht mehr im Körper nachweisen lassen (vgl. Gutjahr 2000, S. 50). In der Medizin wird dieser Zustand als Remission bezeichnet (vgl. Henze 2004, S. 294). Um diese erreichte Situation zu festigen, stehen meist noch einige Zeit eine sogenannte Erhaltungstherapie und intensive Nachsorgeuntersuchungen auf dem Programm, damit ein etwaiger Rückfall (Rezidiv) so schnell wie möglich erkannt wird (vgl. ebd.). So bleibt das Gefühl des Hoffens und Bangens auch nach offiziellem Therapieende bei den betroffenen Familien oft noch Jahre bestehen (vgl. Gutjahr 2000, S. 50). Als geheilt gelten im Allgemeinen Kinder und Jugendliche, bei denen der Zustand der Remission mindestens fünf Jahre ununterbrochen anhielt, da ein Rückfall nach mehr als fünf Jahren eher eine Seltenheit darstellt (vgl. Henze 2004, S. 294).

2.1. Die häufigsten Erkrankungsarten im Überblick

Während sich Krebs bei Erwachsenen zu über 90 Prozent aus Epithelgewebe, wie beispielsweise dem Oberflächengewebe der Haut oder den Oberflächen innerer Organe entwickelt (vgl. Gutjahr 2000, S. 20), entstehen bösartige Zellwucherungen bei Kindern und Jugendlichen zu über 90 Prozent aus embryonalem Bindegewebe, „das heißt aus Gewebe, aus dem normalerweise Blut, Bindegewebe, Knochen, Weichteile wie Muskeln und Sehnen oder Organe wie die Niere entstehen“ (ebd., S. 21).

Aus den Statistiken der Jahre 1999 bis 2008 des Deutschen Kinderkrebsregisters gehen folgende Erkrankungsarten und deren Häufigkeiten bei Kindern und Jugendlichen hervor:

Erkrankungsart	Entstehungsort	Häufigkeit
Leukämien (z.B. akute lymphatische oder akute myeloische Leukämie)	Blutsystem, Knochenmark	34,1 %
Tumoren des Zentralen Nervensystems (z.B. Gliom)	Gehirn, Rückenmark	22,1 %
Lymphome (z.B. Hodgkin/Non-Hodgkin Lymphom)	Lymphatisches System	11,8 %
Periphere Nervenzelltumoren (z.B. Neuroblastom)	Sympathisches Nervensystem	7,8 %
Weichteilsarkome (z.B. Rhabdomyosarkom)	Muskel, Bindegewebe	6,2 %
Nierentumoren (z.B. Nephroblastom/Wilms-Tumor)	Niere	5,6 %
sonstige Diagnosen (z.B. Retinoblastom)	z.B. Auge, Haut, Leber	4,7 %
Knochentumoren (z.B. Osteo- und Ewing-Sarkom)	Knochen	4,4 %
Keimzelltumoren (z.B. Steißbeintumor)	Keimzellen des Embryos	3,2 %

Abbildung 1: Krebs bei Kindern und Jugendlichen – Erkrankungsarten, Entstehungsorte, Häufigkeiten (Bode 2007, S. 11 ff./Gutjahr 2000, S. 51 ff./RKI & GEKID 2010)

2.2. Therapie und Behandlungsformen

Auf die Diagnose Krebs folgt in jedem Fall eine intensive, sowohl physisch als auch psychisch belastende Therapie, die je nach Einzelfall sehr verschieden sein kann (vgl. Gutjahr 2000, S. 32). Am häufigsten finden in unterschiedlichen Kombinationen Operation, Chemotherapie, Bestrahlung sowie die Knochenmarktransplantation Anwendung

(vgl. ebd.). Damit es greifbarer wird, was eine solche Behandlung für die betroffenen Kinder und Jugendlichen und damit auch für ihre Familien bedeutet, gibt der folgende Abschnitt einen Einblick in die genannten Therapieformen.

Aus den Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte in der Behandlung krebskranker Kinder und Jugendlicher wurden unter ständigem Austausch der Fachkräfte für nahezu jede Krebsart, die mit den bisherigen medizinischen Möglichkeiten, erfolgreichsten Therapieformen ermittelt (vgl. Bode 2007, S. 35). Daraus sind einheitliche Pläne und Behandlungsprotokolle entstanden, nach denen heutzutage die Patienten/Patientinnen überregional gleich therapiert werden, natürlich immer den individuellen Bedürfnissen eines jeden Kindes und Jugendlichen angepasst (vgl. ebd.). Außerdem werden auf diesem Gebiet weiterhin intensive Forschungen betrieben, um die Behandlung noch mehr zu optimieren (vgl. ebd.).

Chemotherapie

Eine Chemotherapie besteht aus der Verabreichung verschiedener Medikamente (sog. Zytostatika) über einen längeren Zeitraum, um so die Krebszellen zu zerstören (vgl. ebd., S. 40). Zytostatika sind zellwachstumshemmende Präparate, die eine besonders intensive Wirkung auf sich rapide vermehrende Zellen im menschlichen Körper haben (vgl. ebd.). Sie besitzen somit die Fähigkeit, die Krebszellen zu zerstören, indem sie sie an einer Teilung hindern oder ihnen „die zur normalen Funktion notwendigen Stoffe entziehen“ (ebd., S. 42). Da sich aber nicht nur Krebszellen, sondern auch gesunde Zellen, wie sie sich zum Beispiel in den Haarwurzeln, der Mundhöhle oder im Magen-Darm-Bereich befinden, schnell vermehren, werden auch diese von den Zytostatika angegriffen (vgl. ebd.). So ist die Chemotherapie häufig mit Nebenwirkungen verbunden, mit denen sich die Kinder und Jugendlichen und ihre Familien in der Behandlungszeit auseinandersetzen müssen (vgl. ebd., S. 42). Es kommt unter anderem zu Übelkeit, Erbrechen, Entzündungen der Mundschleimhäute, Haarausfall und damit einhergehenden Missempfindungen und emotionalen Verstimmungen (vgl. ebd., S. 44). Dank der sogenannten „Repairmechanismen“ (Haas et al., S. 15) der gesunden Zellen können diese sich im Laufe der Zeit wieder erholen. Krebszellen verfügen nicht über diese Fä-

higkeit (vgl. ebd.). Die Dauer einer Chemotherapie ist unterschiedlich und kann einen Zeitraum von sechs Monaten bis hin zu zwei Jahren in Anspruch nehmen (vgl. Gutjahr 2000, S. 38).

Bestrahlung

Eine weitere Möglichkeit Tumoren zu bekämpfen, ist die Bestrahlung, auch als Radiotherapie bekannt. Dabei werden die von bösartigen Zellwucherungen betroffenen Körperstellen hochwirksamen Strahlen ausgesetzt, da diese die Eigenschaft besitzen, das Wachstum der Krebszellen zu stoppen, sie zu zerstören und damit den Tumor zu verkleinern (vgl. Bode 2007, S. 50). Dank modernster Technik ist die Therapie sehr gezielt anwendbar, sodass angrenzendes gesundes Gewebe größtenteils von der hohen Strahlendosis verschont bleibt (vgl. ebd.). Dennoch haben die Patienten/Patientinnen im Anschluss der Behandlung oft mit Nebenwirkungen zu kämpfen (vgl. ebd., S. 51). So ist die Haut der bestrahlten Körperpartie beispielsweise sehr empfindlich, aber auch Übelkeit/Erbrechen (bei Bestrahlung des Bauchraumes), Kopfschmerzen und Haarausfall (bei Bestrahlung des Kopfes) oder andere Folgeerscheinungen können je nach Lokalisation des Tumors im Zusammenhang mit einer Radiotherapie auftreten (vgl. ebd., S. 51 ff.). Langzeitfolgen sind ebenfalls möglich. Bei der Bestrahlung des Kopfes äußert Bode (2007, S. 53) die Vermutung, dass dies zu Beeinträchtigungen der Lern- und Koordinationsfähigkeit führen kann. Ebenso besteht die Möglichkeit der Bildung eines Zweit-Tumors an der bestrahlten Körperstelle (vgl. ebd.). Das Risiko einer solch drastischen Nebenwirkung ist aber wesentlich geringer als die Chance auf Heilung durch die Radiotherapie, weshalb diese dennoch einen wichtigen Bestandteil der Krebsbekämpfung darstellt (vgl. Gutjahr 2000, S. 16).

Operation

Die Operation ist vor allem bei bösartigen Tumoren nahezu unumgänglich, denn sie ist in den meisten Fällen die einzige Möglichkeit, Tumore radikal zu entfernen (vgl. Gutjahr 2000, S. 32). Eine Radikaloperation bedeutet, dass neben den bösartigen Wucherungen immer auch etwas von dem gesunden Gewebe entnommen wird, um die be-

troffene Körperpartie weiträumig abzusichern (vgl. ebd., S. 33). Dies beinhaltet in manchen Fällen die Entnahme eines ganzen Organes bis hin zur Amputation von Gliedmaßen (vgl. ebd.). Aber selbst wenn der Tumor am Entstehungsorgan großzügig entfernt werden konnte, lässt sich nicht ausschließen, dass sich bereits Metastasen in anderen Bereichen des Körpers angesiedelt haben, die man mit einer Operation nicht erreicht (vgl. ebd.). Damit jedoch auch diese malignen Zellen zerstört werden, kombiniert man chirurgische Eingriffe meist mit einer Chemotherapie und gelegentlich auch mit Bestrahlung (vgl. ebd.). Ist zum Zeitpunkt der Diagnosestellung der Tumor für eine Operation zu groß oder liegt an einer inoperablen Stelle des Körpers, so kann ebenfalls versucht werden, mit Hilfe von Zytostatika oder Radiotherapie die Zellwucherung zu verkleinern, um eine unkompliziertere Operation zu ermöglichen (vgl. Bode 2007, S. 48).

Knochenmarktransplantation (KMT)

Bei einer Knochenmarktransplantation handelt es sich um die Transplantation von Stammzellen aus dem Knochenmark, weshalb diese Art Behandlung auch unter Stammzelltransplantation bekannt ist (vgl. ebd., S. 55). Die größte Bedeutung hat diese Therapieform nach Gutjahr (2000, S. 40) bei Leukämien. In Betracht gezogen wird sie besonders dann, wenn der Patient/die Patientin einen Rückfall erlitt oder bereits zum Zeitpunkt der Diagnosestellung ein ungünstiger Krankheitsverlauf zu erwarten ist (vgl. ebd.). Eine Knochenmarktransplantation ist eine in vielen Fällen sehr erfolgreiche, gleichzeitig aber auch enorm intensive und belastende Therapieform (vgl. Bode 2007, S. 57). Die vorausgehende unwiderrufliche Zerstörung des Knochenmarks durch eine aggressive Chemotherapie oder Bestrahlung bringt eine Reihe schwerwiegender Nebenwirkungen und Langzeitschäden mit sich (vgl. ebd.). Außerdem ist damit für die erkrankten Kinder und Jugendlichen ein monatelanger Krankenhausaufenthalt verbunden, geprägt von „noch mehr Isolation und noch höherer physischer sowie psychischer Belastung“ (Sonnenstrahl e.V. Dresden 2007).

Rezidiv-Behandlung

Als Rezidiv wird in der Medizin „das Wiederauftreten der Erkrankung während oder nach Abschluss der Erstbehandlung“ bezeichnet (Bode 2007, S. 54). Stellt man bei einem Kind einen solchen Rückfall fest, muss davon ausgegangen werden, dass die bösartigen Zellen der Ersterkrankung mit den eingesetzten Therapieformen nicht vollkommen vernichtet werden konnten und die verbliebenen Zellen wieder zu wuchern beginnen (vgl. ebd.). Die Heilungsprognosen fallen bei einem Rezidiv um einiges schlechter aus, da die Krebszellen, welche zum Beispiel die eingesetzte aggressive Chemotherapie überlebt haben, gegen diese Medikamente resistent zu sein scheinen (vgl. ebd.). So müssen bei der Planung der Rezidiv-Behandlung eine Intensivierung der Therapie, andere Präparate oder eine andere Therapieform in Betracht gezogen werden, obwohl die bei der Erstbehandlung eingesetzte Therapieform die vermeintlich wirkungsvollste und erfolgversprechendste Behandlung war (vgl. ebd.). Die bereits erwähnten einheitlichen Behandlungsprotokolle, in denen die effektivsten Methoden zur Bekämpfung der einzelnen Krebsarten aus jahrelanger Erfahrung zusammengestellt werden, gibt es bei Rezidiven nur für einige Krankheiten (vgl. ebd.). Deshalb kann es bei einem Rückfall von großer Bedeutung sein, gemeinsam mit den zuständigen Ärzten, den betroffenen Kindern und Jugendlichen und deren Familien über den Sinn einer weiteren Behandlung zu sprechen (vgl. ebd.). In manchen Fällen sind an diesem Punkt alle Möglichkeiten der Medizin auf Heilung ausgeschöpft. Eine palliative Behandlung¹ wird erforderlich (vgl. ebd.).

2.3. Nicht jedes Kind kann geheilt werden

Früher hatten Kinder und Jugendliche mit einer Krebserkrankung geringe Überlebenschancen. Heute kann eine Vielzahl betroffener Patienten/Patientinnen auf Grundlage der Erkenntnisse aus intensiven Forschungen im Bereich der pädiatrischen Onkologie geheilt werden (vgl. Bode 2007, S. 103). Dennoch gibt es verschiedene

¹ Eine Behandlung, die gegen die Symptome, aber nicht gegen die Ursache der Krebserkrankung wirkt, z.B. Schmerztherapie, Sterbebegleitung (vgl. Pschyrembel 1998, S. 1185)

Diagnosen und Therapieverläufe, bei denen die Medizin an ihre Grenzen stößt (vgl. ebd.). Anstatt einer kurativen Behandlung wird dann eine Palliativbehandlung notwendig. Bode zählt den Tod des eigenen Kindes zu den „einschneidendsten Krisensituationen“ im Leben einer Familie (ebd., S. 104). Oft ist es ein unterschiedlich langer, beschwerlicher und nicht selten sehr schmerzhafter Weg, der dabei beschritten werden muss (ebd., S.108). Ziel der Palliativmedizin ist es deshalb, die Lebensqualität durch spezielle Medikamente zunächst so weit wie möglich zu erhalten und schließlich den Prozess des Sterbens erträglicher zu machen (vgl. ebd., S. 54).

2.4. Zusammenfassung

Das Kapitel zeigt auf, dass sich Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter von Erkrankungen im Erwachsenenalter hinsichtlich verschiedenster Aspekte deutlich unterscheiden. In Deutschland werden jährlich etwa 1.800 neudiagnostizierte Krebserkrankungen von Kindern und Jugendlichen registriert. Bei einer Inzidenz von über 420.000 jährlichen Neuerkrankungen im Erwachsenenalter entspricht diese Zahl weniger als einem Prozent der insgesamt auftretenden Krebserkrankungen. Dennoch stellen bösartige Zellwucherungen die zweithäufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen dar. Neben den Leukämien sind Tumoren des zentralen Nervensystems die am meisten diagnostizierten Krebsarten im Kindes- und Jugendalter. Auf die Diagnose folgen intensive Therapien. In der Regel finden verschiedene Kombinationen aus Operation, Chemotherapie, Bestrahlung sowie Knochenmarktransplantation Anwendung. Die Heilungschancen betroffener Kinder und Jugendlicher sind Dank intensiver Forschungen und großer medizinischer Fortschritte in den letzten Jahren um ein Mehrfaches gestiegen. Dennoch stößt die Medizin in diesem Bereich auch immer wieder an ihre Grenzen.

In Kapitel 3 werden die Auswirkungen beleuchtet, welche die Krebserkrankung eines Kindes auf das gesamte System Familie hat.

3. Die Lebenssituation von Familien mit einem krebskranken Kind

Aus den bisherigen Ausführungen lässt sich bereits erahnen, dass die Krebserkrankung nicht nur Auswirkungen auf das betroffene Kind, sondern auch auf dessen Umfeld, vor allem die Eltern und Geschwisterkinder hat. Die Krankheit Krebs bringt schlagartig eine Reihe von Veränderungen und Anforderungen für die Familie mit sich (vgl. Haas et al. 2001, S. 79). Unter den intensiven, oft schmerzhaften Therapien, den langen Krankenhausaufenthalten und der ständigen Angst leidet nicht nur das Kind, auch für seine Familie stellt dies eine enorme Belastungsprobe dar (vgl. Petermann, Noeker und Bode 1987, S. 66).

Der folgende Abschnitt widmet sich zunächst den Auswirkungen der Krebserkrankung und den damit verbundenen Veränderungen in der gesamten Familie. In diesem Zusammenhang wird danach ein tabellarischer Überblick von Petermann et al. (1987) über mögliche Probleme und Belastungen der Eltern krebskranker Kinder gegeben, welcher durch Ausführungen von Lamri-Zeggar (1991) Ergänzungen erfährt. Anschließend findet eine spezifische Betrachtung der Situation der Väter krebskranker Kinder statt.

Es ist jedoch anzumerken, dass sich die nachfolgende Darstellung über die Lebenssituation von Familien mit einem krebskranken Kind nicht pauschalisieren lässt. Fest steht, dass betroffene Familien mit belastenden Veränderungen konfrontiert werden, deren Ausprägung aber im konkreten Fall durch zahlreiche unterschiedliche Faktoren bedingt wird. Familienkonstellationen sind so verschieden, dass sich beispielsweise nicht immer das einheitliche Bild einer pflegenden Mutter und eines arbeitenden Vaters ergibt. Ebenso spielen unter anderem die Art der Erkrankung, die Heilungschancen sowie individuelle Persönlichkeits- und Charaktermerkmale der einzelnen Familienmitglieder – nicht zuletzt der Patienten/Patientinnen selbst, die Interaktionsstruktur innerhalb der Familie, der individuelle Umgang mit der Krebserkrankung oder auch externe Unterstützungs- und Hilfeleistungen eine Rolle. Inwieweit Familien durch die Krebserkrankung eines Kindes Veränderungen unterliegen und in welchem Maße sie belastet sind, steht demnach nicht kategorisch fest, sondern wird von einer Vielzahl von Einflüssen bestimmt (vgl. Kapitel 5.2.).

Aufgrund dieser Vielfältigkeit und Individualität im Erleben einer solchen Situation und der Unterschiedlichkeit von Familienkonstellationen kann an dieser Stelle nur in begrenztem Ausmaß auf die Situation einer Familie mit einem krebskranken Kind eingegangen werden. Ausgehend von Berichten verschiedener Autoren/Autorinnen werden Auswirkungen und Probleme beleuchtet, die sich für betroffene Familien häufig ergeben.

3.1. Krebs betrifft die ganze Familie

Bereits in der Einleitung wurde die These Hertls: „Wenn ein Kind an Krebs erkrankt, erkrankt die ganze Familie“ aufgegriffen. Die Krebserkrankung eines Kindes stört nicht nur das somatische und seelische Gleichgewicht des Kindes, die gesamte Familie wird durch dieses kritische Lebensereignis in ihrer Substanz erschüttert (vgl. Lamri-Zeggar 1991, S. 3). Nach Petermann et al. (1987, S. 66) stellen die meisten Belastungen des Kindes gleichzeitig auch Belastungen für die ganze Familie dar, sodass die Krebserkrankung eines Kindes immer auch im familiären Zusammenhang betrachtet werden muss.

Die Krebserkrankung beeinflusst das Alltagsleben, Lebensbedingungen müssen an die schwierigen Umstände angepasst und bisherige Strukturen verändert werden (vgl. Haas et al., 2003, S. 91). Das Einschlagen neuer Wege, die die Krankheit und die damit verbundenen Probleme innerhalb der Familie integrieren, wird unabdingbar (vgl. ebd.). Eine „erneut tragfähige, familiäre Lebensweise“ (ebd.) muss geschaffen werden. Mit der Krebserkrankung eines Kindes sind nicht nur emotionale Ausnahmezustände verbunden, auch auf organisatorischer Ebene verlangt die Krankheit den betroffenen Familien oft Höchstleistungen ab.

Nach Häberle (2010) bleibt ein Elternteil, in den meisten Fällen die Mutter, bei dem Kind auf der kideronkologischen Station. Handelt es sich um ein kleineres Kind, werden oft auch die Nächte in der Klinik verbracht (vgl. ebd.). War die Mutter bisher erwerbstätig, kann sie in den meisten Fällen die Arbeit während der Therapiezeit nicht mehr ausüben (vgl. ebd.). Damit wird der Vater zum Alleinverdiener, wodurch zudem

finanzielle Einbußen eine Konsequenz sein können, mit der die Familie konfrontiert wird (vgl. Hertl 2004, S. 575).

Die Hauptpflege- und Betreuung des erkrankten Kindes in der Klinik wird größtenteils von der Mutter übernommen (vgl. Cook 1984, S. 83). Dadurch ergibt sich für den Vater bezüglich des Berufes, der Familie und des Haushalts meist eine Doppelbelastung (vgl. ebd., S. 82). Viele Eltern versuchen dennoch, sich auch gegenseitig zu entlasten und abzuwechseln (vgl. ebd.).

Auch für die elterliche Beziehung ist solch eine Krebserkrankung des gemeinsamen Kindes eine intensive Belastung (vgl. Kollmann & Kruse 1990, S. 90). Im Internet finden sich Zahlen, dass mehr als die Hälfte aller Ehen und Partnerschaften zerbrechen und auch in den Interviews kam dies seitens der Väter immer wieder zur Sprache. Eine verlässliche Quelle, welche diese Zahl bestätigt, ließ sich jedoch nicht auffinden. Im Gegensatz spricht Lamri-Zeggar (1991, S. 75) davon, dass mehrere Untersuchungen zeigen, „dass diese Eltern sich nicht häufiger scheiden lassen als die Durchschnittsbevölkerung“. Dennoch ist nicht zu verleugnen, dass ein solcher Schicksalsschlag eine harte Belastungsprobe für die elterliche Beziehung darstellen kann. So fand Maury (zit. nach Lamri-Zeggar 1991, S. 74) in einer Studie aus dem Jahr 1982 folgende Ergebnisse hinsichtlich partnerschaftlicher Belastungen und Probleme heraus:

- 81 Prozent der Mütter und 71 Prozent der Väter fühlten sich einsamer
- 62 Prozent der Mütter und 52 Prozent der Väter hatten Schwierigkeiten in ihrer sexuellen Beziehung
- 22 Prozent der Mütter und neun Prozent der Väter fühlten sich dem Ehepartner weniger nah
- 81 Prozent der Mütter und 81 Prozent der Väter gaben an, häufiger zu streiten

In diesem Zusammenhang ist jedoch auch zu erwähnen, dass die Krebserkrankung nicht nur elterliche Probleme fördern kann. Hertl (2004, S. 591) vermerkt dazu, dass „ein Gleichklang im Erleben des Leidens, im Erleben der notwendigen Hilfeleistung und der beiderseitigen Fähigkeit zu dieser Hilfe (...) die Partnerbeziehung vertieft. Gegenteilige

Entwicklungen können Ehescheidungen begründen.“. Auch Bode und Schmalenbach (1984, zit. nach Lamri-Zeggar 1991, S. 75) schreiben, „dass in einer guten Ehe, wo die Ehepartner einander verstehen und ähnliche Gefühlserlebnisse und Erfahrungen haben, sie durch diese Krise näher aneinander gebunden werden“. Petermann et al. (1987, S. 69) resümieren: „Viele Familien zerbrechen nicht an der chronischen Krankheit eines Kindes, sondern reifen an ihr“.

Hat die betroffene Familie mehrere Kinder, kommt ein weiterer Faktor hinzu, der einerseits stabilisierend wirken kann, weil das Leben, so weit es geht, normal weitergehen muss, andererseits ergeben sich daraus noch zusätzliche Aufgaben für die Eltern (vgl. Hertl 2004, S. 589). Nach Hertl sind „Mutter oder Vater oder beide aber viele Stunden des Tages, mitunter Wochen, mehr im Krankenhaus als zu Hause. Kommen sie erschöpft zurück, ertragen sie kaum zusätzliche Belastung“. Damit werden Geschwisterkinder zu Leidtragenden, die von heute auf morgen weit mehr auf sich allein gestellt sind als zuvor (vgl. ebd.). Für Eltern ist dies eine Gratwanderung und nicht selten mit einem Konflikt verbunden, für den es keine gerechte Lösung gibt, da das kranke Kind zwangsläufig zum zentralen Punkt der Familie wird (vgl. Häberle 2010). Verzweiflung, Eifersucht, Verhaltensauffälligkeiten oder Schulprobleme der Geschwister können die Folge sein (vgl. ebd.). Dennoch muss solch eine schwierige Lebenssituation für die Kinder nicht nur durch negative Erfahrungen geprägt sein. Nach Henkel und Zernikow (2009, S. 26) „übernehmen sie gerne Aufgaben für den kranken Bruder oder die Schwester, auch für die Eltern, und freuen sich so ihren Beitrag leisten zu können. Das stärkt ihr Selbstbewusstsein“. Joline, 12 Jahre alt, beschreibt ihre Situation als Geschwisterkind mit den Worten: „Schattenkinder zu Geschwistern von behinderten oder sehr kranken Kindern zu sagen, find‘ ich nicht so richtig. Wir stehen ja nicht ganz im Schatten – auch ein bisschen in der Sonne, eher wie bewölkt!“ (ebd., S. 27).

Es wird deutlich, dass „Eltern (nicht) nur die Sorgen und Nöte des betroffenen Kindes (teilen), sondern durch den Krankheitsausbruch auch in ihren eigenen Bedürfnissen eingeschränkt (sind)“ (ebd., S. 22). Zusammenfassend und ergänzend sollen im Folgenden noch einmal die psychosozialen Belastungen von Eltern mit einem krebskranken Kind

anhand von Ausarbeitungen von Petermann et al. (1987) und Lamri-Zeggar (1991) dargestellt werden.

3.2. Probleme und Belastungen der Eltern

Petermann et al. (1987, S. 68 f.) geben einen Überblick, mit welchen psychosozialen Belastungen Eltern durch die Krebserkrankung ihres Kindes konfrontiert werden. Aufgrund der Übersichtlichkeit wurde die folgend dargestellte Tabelle von Petermann et al. (1987) in ihren Grundzügen übernommen. Ergänzend dazu wird anschließend eine weitere Belastungseinteilung von Lamri-Zeggar (1991) eingebracht.

1. Alltagsbewältigung, soziale Rollen und Bindungen

- Notwendigkeit, innerfamiliäre Rollen neu zu definieren
 - Familienleben ist thematisch häufig auf die Erkrankung des Kindes fixiert
 - Organisation der Behandlung des Kindes
 - Finanzielle Probleme
 - Verengung des Kontakt- und Freizeitbereiches aufgrund starker zeitlicher Beanspruchung
 - Probleme der Urlaubsgestaltung
 - Übernahme pflegerischer Arbeiten
 - Informationsbeschaffung bezüglich der Erkrankung und therapeutischer Möglichkeiten
 - Notwendigkeit, die gesunden Geschwister des kranken Kindes nicht zu vernachlässigen
 - Probleme der Erziehung und des Umgangs mit dem kranken Kind
-

2. Krankenhausaufenthalte

- Trennung vom Kind
 - Häufige Besuche verengen „Zeit für sich selbst“
 - Eventuell Rivalitäten mit dem Klinikpersonal um die Gunst des Kindes
 - Gleichzeitig: eventuell strapaziöse Vermittlerrolle zwischen dem Kind und dem Klinikpersonal
 - Erleben von Abhängigkeit des Kindes vom Klinikpersonal
-

3. Emotionale Probleme während des Behandlungsverlaufs

- Zwang, verantwortlich Entscheidungen über den Behandlungsverlauf fällen zu müssen, ohne fundiertes Fachwissen als Grundlage für Entscheidungen zu haben
 - Angst, falsche Entscheidungen zu treffen
 - Enttäuschung der selbstverständlichen Hoffnung auf ein sich gesund entwickelndes Kind
 - Starkes Mitgefühl mit der Erkrankung des Kindes, seinem Leiden und seinen Schmerzen bei gleichzeitig empfundener Ohnmacht
 - Eltern müssen zwangsläufig die frühkindliche Erwartung an ihre Allmächtigkeit enttäuschen
 - Enttäuschung oder eventuell auch Wut über das Kind, das die in es gesetzten Hoffnungen vielleicht nicht erfüllt
 - Eventuell Schamgefühle über das kranke, behinderte Kind
 - Eventuell Resignation, trotz allen Einsatzes die Situation des Kindes nicht grundlegend verändern zu können
-

4. Zukunftsperspektiven der Eltern

- Zwang, eigene Zukunftspläne revidieren zu müssen
 - Enttäuschung, von den Pflege- und Erziehungsaufgaben nicht auf natürliche Weise entbunden zu werden, wenn dem Jugendlichen eine unabhängige Lebensgestaltung nicht gelingt
 - Enttäuschung, dass im Fall eigener Pflegebedürftigkeit im hohen Alter diese von dem Sohn/der Tochter vielleicht nicht geleistet werden kann
-

5. Existenzielle Konfrontationen mit Krankheit und Tod

- Frage nach den Gründen der Erkrankung des Kindes, eventuell daraus resultierende Schuldgefühle
 - Suche nach einem Sinn/einer Bedeutung der Erkrankung für das eigene Leben
 - Nichtfassbarkeit und Absurdität einer langen Krankheit und des Todes bei einem Kind, das erst kurze Zeit gelebt hat
 - Konfrontation mit der Widersinnigkeit, dass das Kind vielleicht vor seinen Eltern stirbt
 - Nach dem Tod: Trauern und Loslassen der Kindes
 - Nach dem Tod: Auseinandersetzung mit dem Wunsch nach einem neuen Kind
-

Abbildung 2: Psychosoziale Belastungen von Eltern chronisch kranker Kinder und Jugendlicher (Petermann et al. 1987, S. 68 f.)

Diese Aufstellung von Petermann et al. macht noch einmal deutlich, welche Vielzahl unterschiedlichster Belastungen auf eine Familie mit einem krebskranken Kind zukommen kann, was von allen Familienmitgliedern verschiedenste Bewältigungsfertigkeiten erfordert (vgl. ebd., S. 69).

Lamri-Zeggar (1991) greift ähnliche Belastungsbereiche auf, nimmt dabei jedoch eine andere Einteilung der Probleme der Eltern krebskranker Kinder vor. Diese lässt die unterschiedlichen Ebenen, auf denen sich Probleme für die betroffenen Familien ergeben können, sichtbarer werden:

- Intellektuelle Probleme
- Praktische Probleme
- Interpersonelle Probleme
- Emotionale Probleme
- Existenzielle Probleme

Auch die oben genannten Belastungen nach Petermann et al., lassen sich diesen fünf Belastungsebenen zuordnen, sodass nachstehend nur eine exemplarische Erläuterung der einzelnen Aspekte folgt.

Unter *intellektuelle Probleme* fasst Lamri-Zeggar (1991, S. 44) beispielsweise Probleme, welche vor allem „durch die große Menge technischer Informationen über die Krankheit und die Behandlungen sowie durch die Umwelt des medizinischen Versorgungssystems“ entstehen. So werden Eltern mit krankheitsspezifischen Begriffen und Kenntnissen konfrontiert, welche sie sich innerhalb kürzester Zeit aneignen müssen (z.B. bezüglich Symptomen, Nebenwirkungen, Behandlungsvorgängen, Gefahrenzeichen etc.) (vgl. ebd.).

Praktische Probleme ergeben sich nach Lamri-Zeggar vor allem aus der erforderlichen Um- und Neuorganisation bisheriger Lebensbedingungen. Auch innerhalb der kritischen Lebenssituation müssen „ein Heim, eine Familie und ein Arbeitsleben“ aufrechterhalten werden (ebd., S. 44). Liegt der Wohnort der Familie weiter von der Klinik entfernt, können sich diese praktischen Probleme häufen, beispielsweise durch lange Fahrtwege und damit einhergehende erhöhte finanzielle Ausgaben (vgl. ebd.).

Durch die „massiven Belastungen“ und die „steigenden Bedürfnisse aller Familienmitglieder“ kommt es auch zu *interpersonellen Problemen* (ebd., S. 45 ff.). Diese können sowohl mit dem erkrankten Kind selbst, mit den Geschwisterkindern, mit dem/der EhepartnerIn als auch mit Verwandten und Freunden auftreten (vgl. ebd.).

Die Diagnose der Krebserkrankung des eigenen Kindes und die darauf folgende Zeit der Behandlung gehen nach Lamri-Zeggar auch mit *emotionalen Problemen* einher. So ist vor allem die Kenntnisnahme der Erkrankung meist mit einer „überwältigende(n) emotionale(n) Reaktion“ verbunden, aber während der gesamten Erkrankungszeit können die Eltern von Schuldgefühlen, Ärger, Frustration, Ungeduld, Desillusionierung, Hilflosigkeit, Isolierung oder Angst überwältigt werden (ebd., S. 53 f.). Die ständige Unsicherheit und Wachsamkeit äußert sich bei vielen Eltern beispielsweise „in psychosoma-

tischen Krankheiten, Schmerzen, Schlaflosigkeit, Müdigkeit, Gewichtsverlust oder –zunahme“ (ebd., S. 54).

Existenzielle Probleme werden ähnlich wie bei Petermann et al. auch bei Lamri-Zeggar als eigener Belastungsbereich definiert. Verursacht werden diese vor allem durch „die Frage nach dem Sinn des Lebens, die hervorgerufen wird durch den ‚ungerechten‘ Schmerz und Schrecken, den ein Kind erleiden muss“ (ebd., S. 55). Die Beschäftigung mit existenziellen Sinnfragen kann bei den Eltern Veränderungen in verschiedensten Bereichen hervorrufen (vgl. ebd.). So können sich zum Beispiel Prioritäten und Ziele im Leben der Familie oder auch der (religiöse) Glauben ändern (vgl. ebd.).

Sowohl die vorangegangene tabellarische Darstellung von Petermann et al. als auch die Problemeinteilung von Lamri-Zeggar beziehen sich auf geschlechtsunspezifische Belastungen beider Elternteile. Da in dieser Arbeit Väter im Zentrum der Betrachtungen stehen, wird im Folgenden noch einmal spezifischer auf deren Situation während der Krebserkrankung ihres Kindes eingegangen. Die Grundlage der Beschreibung bilden dabei jedoch keine empirischen Ergebnisse, sondern Thesen, welche in der Krebsliteratur in den wenigen und mäßig umfangreichen Abschnitten über Väter zu finden sind. Auch hier muss darauf hingewiesen werden, dass es nicht möglich sein wird, ein pauschalisierbares Bild über die Situation von Vätern zu geben, da es *den* Vater mit einem krebserkrankten Kind nicht gibt.

3.3. Die Situation der Väter

„Väter kehren von der Arbeit heim, knipsen ein paar Lampen an, lesen die Zeitung, essen zu Abend, kraulen den Hund hinter den Ohren und gehen zu Bett. Wenn eine Abrissbirne wie der Krebs eine Familie trifft, geht ihre Arbeit weiter: It's business as usual.“

(Bombeck 1989, S. 128)

Dieses Zitat greift einen Aspekt auf, der im Zusammenhang mit Vätern immer wieder im Vordergrund steht – meist sind sie es, die nach der Diagnose weiter zur Arbeit ge-

hen. Auch auf der Einladung der zu Beginn dieser Arbeit erwähnten Tagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie zum Thema „Väter krebskranker Kinder“ wurde dieses Thema aufgegriffen und folgende These aufgestellt: „Ist ein Kind erkrankt und wird ein längerer Krankenhausaufenthalt notwendig, gibt es bei den Eltern oft eine klare Aufgabenverteilung: Die Mütter bleiben beim erkrankten Kind am Krankenbett, Väter gehen arbeiten, kommen erst nach der Arbeit oder am Wochenende. Auf Station, in Kontakten mit professionellen Helfern fristen sie daher oft ein „Schattendasein.“ (PSAPOH-Tagung 2009). Daraus resultiert für Väter häufig eine Doppelbelastung im Zusammenhang mit den gleichbleibenden beruflichen Anforderungen und der steigenden familiären Verantwortung (vgl. Cook 1984, S. 82). Hierzu zählt vielfach neben zusätzlichen Aufgaben im Haushalt auch die Betreuung der Geschwisterkinder (vgl. ebd.).

Bombeck (1989, S. 129) sieht die Gründe dieser Aufgabenteilung vor allem in der Rolle, die Väter in unserer Gesellschaft einnehmen. So sagt sie: „Väter sind schon immer diejenigen gewesen, die im Regen den Wagen parken, die das Familienphoto knipsen, die den jaulenden Hund beruhigen und die in den Keller hinuntergehen, um nachzusehen, woher die eigenartigen Geräusche kommen. Ihre Aufgabe ist es, dafür zu sorgen, dass der Laden weiter läuft (...).“ Inwiefern sich die gesellschaftliche Rolle des Vaters im Laufe der Zeit gewandelt hat, wird in Kapitel 4.1. noch einmal gesondert aufgegriffen.

Nach Häberle (2010) sind die Reaktionen der Väter auf emotionale Belastungen im Vergleich zu Müttern um einiges zurückhaltender, „eher verleugnend“, was ebenfalls auf eine durch gesellschaftliche Einflüsse geprägte männliche Rolle des Starken zurückgeführt wird. Dadurch sind die Belastungen der Väter bei Weitem weniger offensichtlich, als die der Mütter (vgl. ebd.). Hinzu kommt, dass Väter aufgrund der weiterlaufenden Erwerbstätigkeit eher im Hintergrund agieren und so beispielsweise im Krankenhaus für professionelle HelferInnen weniger greifbar sind (vgl. ebd.). Durch die mangelnden empirischen Untersuchungen in diesem Bereich wird diese Lücke im Wissen über die Belastungen der Väter noch verstärkt (vgl. ebd.).

Immer wieder werden in der Literatur auch Unterschiede zwischen Müttern und Vätern im Erleben und im Umgang mit der Krankheit thematisiert. Diese Differenzen können beispielsweise in der eben beschriebenen Verteilung der Aufgaben gründen. So gehen Hoffmeister et al. (1984, zit. nach Häberle 2010) davon aus, dass sich Väter „häufig bewusst oder unbewusst ausgeschlossen fühlen“, da durch den intensiven Kontakt der Mutter zu dem erkrankten Kind während der Zeit im Krankenhaus „eine immer enger werdende emotionale – oft sehr symbiotisch geprägte – Beziehung“ zwischen ihnen entsteht. Viele Elternpaare versuchen deshalb, sich bei der Betreuung des erkrankten Kindes abzuwechseln, um so eine zu große Distanzierung des Vaters zu vermeiden (vgl. ebd.). Diese Abwechslung bringt zudem der Mutter Entlastung (vgl. ebd.). Außerdem kann ein stärkerer Einbezug des Vaters in den Klinikalltag auch Meinungsverschiedenheiten der Eltern (z.B. über die Art der Behandlung oder den Umgang mit dem Kind) entgegenwirken (vgl. ebd.).

Auch Kollmann und Kruse (1990, S. 90) thematisieren das unterschiedliche Erleben von Müttern und Vätern. Ihre Hauptthese besteht darin, dass Väter die „psychosozialen Belastungen oft auf eine andere Art und Weise empfinden“ als Mütter, was nicht bedeutet, dass sie weniger verletztlich, besorgt, erschüttert oder verzweifelt sind (vgl. ebd.). Vielmehr sehen sie ihre Aufgabe „im langfristigen Planen der veränderten Zukunft und im aktiven Handeln bei der Krankheitsbewältigung.“ (ebd.).

Ähnliche Erfahrungen über die Unterschiedlichkeit im Erleben, Handeln und Leiden von Müttern und Vätern beschreibt Hertl (2004, S. 587 f.). So geht auch er davon aus, dass Väter zeitlich viel weiträumiger und zukunftsbezogener denken, während sich Mütter mehr mit aktuellen Dingen, die zum Beispiel das Wohlfühlen und die Pflege des Kindes betreffen, beschäftigen. Als charakteristisch für das Verhalten von Vätern nennt er beispielsweise den ausgeprägten Wunsch nach fachlichen Gesprächen mit den zuständigen Ärzten, das intensive Belesen über die Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten sowie die Suche nach dem besten Therapiezentrum und der besten Therapie. „Mancher Vater fühlt sich in einem Zwang, auch unsichere Wege noch gehen zu müssen, die von vornherein kaum Erfolg versprechen können, nur um auch diese Chance dem Kind noch zu geben“ (ebd., S. 588).

3.4. Zusammenfassung

Das zurückliegende Kapitel macht eine Vielzahl von Veränderungen und Anforderungen deutlich, mit welchen eine Familie durch die Krebserkrankung ihres Kindes konfrontiert wird. In diesem Zusammenhang wurde in Anlehnung an Petermann, Noecker und Bode (1987) sowie Lamri-Zeggar (1991) ein Überblick über mögliche Problem- und Belastungsbereiche der Eltern krebskranker Kinder gegeben. Dabei konnten für Eltern krebskranker Kinder hauptsächlich Probleme und Belastungen auf intellektueller Ebene, praktischer Ebene, interpersoneller Ebene, emotionaler Ebene sowie existenzieller Ebene erarbeitet werden (vgl. Lamri-Zeggar). Petermann et al. untergliedern die Belastungskategorien etwas spezifischer in die Bereiche Alltagsbewältigung/soziale Rollen/Bindungen, Krankenhausaufenthalte, emotionale Probleme während des Behandlungsverlaufs, Zukunftsperspektiven der Eltern und existenzielle Konfrontationen mit Krankheit und Tod. Durch diese beiden Ansätze wurde das breite Spektrum der elterlichen Belastung sichtbar.

Bei der spezifischen Betrachtung der Darstellung der Situation der Väter krebskranker Kinder in der Literatur wurde deutlich, dass dieser bisher bedeutend weniger Aufmerksamkeit geschenkt wurde. In den wenigen und knappen Veröffentlichungen über Väter in der Krebsliteratur wird hauptsächlich das unterschiedliche Erleben von Müttern und Vätern fokussiert. Sowohl Kollmann und Kruse (1990) als auch Hertl (2004) und Häberle (2010) thematisieren im Ansatz die Reaktionen der Väter auf emotionale Belastungen im Vergleich zu Müttern.

Das folgende Kapitel widmet sich noch einmal spezifischer der Thematik der Väter im Hinblick auf die Verortung des Themas im Bereich der Väterforschung. Dabei wird die Bedeutung herausgearbeitet, sich insbesondere mit der Situation der Väter auseinanderzusetzen. Zudem richtet sich der Fokus auf die Bearbeitung der Väterthematik in der Bewältigungs- und Trauerforschung.

4. Väter im Fokus der Forschung

Dass Väter im Blickpunkt des Forschungsinteresses stehen, war bis Mitte/Ende des 20. Jahrhunderts eine große Seltenheit (vgl. Matzner 2004, S. 13). Bis dato wurde nahezu ausschließlich der Mutter sowie ihrer Beziehung zum Kind Beachtung geschenkt (vgl. ebd.). Die Rolle des Vaters stand dabei nicht oder nur am Rande zur Debatte (vgl. ebd.). Beginnend mit den 70er Jahren tauchten in Deutschland erstmals auch Untersuchungen zur Person des Vaters und der Vaterschaft auf (vgl. ebd.). Nach Matzner begannen verschiedene Richtungen der Wissenschaften (z.B. Psychologie, Soziologie, Erziehungswissenschaft u.a.), sich diesem Thema empirisch zu nähern. Nach und nach entwickelte sich daraus ein eigenständiger Forschungszweig – die Väterforschung (vgl. ebd.).

Fthenakis (1985, zit. nach Mühling & Rost 2007, S. 24), ein bedeutender Wegbereiter in diesem Bereich, gliedert die Entstehung der Väterforschung in vier Phasen. Beschäftigte man sich zunächst mit den Auswirkungen der Abwesenheit des Vaters auf das Kind, stand in der zweiten Phase vor allem die Vater-Kind-Beziehung im Vordergrund. In der dritten Phase fokussierte man nicht mehr allein den Vater, sondern sah diesen im Gesamtkontext der Familie als Teil des familiären Systems. Daraus entwickelte sich schließlich auch die aktuelle Phase der Väterforschung, welche hauptsächlich den Wandel der Vaterrolle und dabei vor allem Unterschiede zwischen heutigen Vätern und Vätern vorheriger Generationen thematisiert. Da in diesem Wandel auch Gründe ersichtlich werden, weshalb es absolut notwendig und unabdingbar ist, bei einer schwerwiegenden oder gar lebensbedrohlichen Krankheit eines Kindes nicht nur die Situation der Mütter, sondern auch die der Väter genauer zu betrachten, gibt der folgende Abschnitt einen historischen Überblick über die gewandelte Vaterrolle und den damit einhergehenden Einstellungsänderungen gegenüber der Familie.

4.1. Vaterschaft im Wandel – ein historischer Überblick

Im nachstehenden Artikel über die Entwicklung der Vaterschaft wird überwiegend auf die Darstellung von Mühling und Rost in „Väter im Blickpunkt“ (2007, S. 9 ff.) Bezug

genommen. Sollte sich einer anderen Quelle bedient werden, so ist dies an betreffender Stelle gekennzeichnet.

Die Ursprünge des Begriffs des Familienvaters finden sich im *Römischen Reich* (8. Jh. v. Chr. bis 7. Jh. n. Chr.). Dort hatte der sogenannte „pater familias“ die uneingeschränkte Herrschaft über alle rechtlich zur Familie gehörenden Personen inne. Er war das Oberhaupt der Familie, seine Befehle waren Gesetz, er verwaltete den Familienbesitz und konnte somit beispielsweise auch alleinig über die Zukunft unerwünschter Kinder entscheiden, indem er sie unter Umständen aussetzte oder als Sklaven verkaufte. Die Erziehung der Töchter war Aufgabe der Mutter, das Aufwachsen der Söhne wurde unter strengster Kontrolle mit Strenge und Härte vom Vater begleitet. Diese patriarchalische Gesellschaftsform mit dem Bild des „pater familias“, in der „emotionale Vater-Kind-Beziehungen verboten bzw. tabuisiert waren und die väterliche Autorität im Mittelpunkt stand“ (ebd., S. 10), prägte die Rolle der Väter über Jahrhunderte hinweg.

Erst im Zuge der *Aufklärung* im 17./18. Jahrhundert vollzog sich ein Wandel, zu welchem vor allem der Philosoph Jean-Jaques Rousseau einen bedeutenden Beitrag leistete. Er sprach dem Vater seine Autorität und Macht in ihrer maßlosen Intensität ab, um so dem Kind die Chance zu geben, seine eigene Persönlichkeit frei zu entwickeln, ohne dabei von der Herrschaft des Vaters unterdrückt oder gehindert zu werden.

Einen weiteren Meilenstein in der Entwicklung der Vaterrolle stellte die *Industrialisierung* dar, durch welche sich anstelle der familiären Hausgemeinschaft eine zunehmende Trennung von Familie und Beruf etablierte, sodass Väter meist außer Haus arbeiteten. Den Müttern wurde dadurch zunehmend die alleinige Pflicht der Kindererziehung und Haushaltsführung zugesprochen, während Väter neben der Züchtigung der Kinder zur Einhaltung von Disziplin und Ordnung stärker als je zuvor die Rolle des Versorgers der Familie einnahmen. Insgesamt war nach Mühling und Rost (2007, S. 11) „die Rolle des Mannes in der Familie des 19. Jahrhunderts von einer deutlichen Schwächung der väterlichen Autorität und einer Reduzierung des väterlichen Engagements in der Familie gekennzeichnet“. Einher ging dies auch mit entsprechenden Theorien, welche der Mutter eine deutlich größere Bedeutung für die Entwicklung des Kindes zuschrieben. So

formulierte beispielsweise der Bindungstheoretiker Bowlby in seinem Bericht „Maternal Care and Mental Health“ (1952) die These, dass die Mutter mit Abstand die wichtigste Bezugsperson im Kleinkindalter sei. Der Vater spiele bei der Entwicklung des Kindes „the second fiddle“ und trage vielmehr Verantwortung für die finanzielle Absicherung der Familie sowie die emotionale Unterstützung der Mutter (vgl. Bowlby 1952, S. 13).

Im 20. Jahrhundert begann das bisherige, traditionelle Bild des „Familienvaters als Versorger“ an Bedeutung zu verlieren. Mühling und Rost sehen die Gründe vor allem in den immer verstärkter auftretenden Emanzipations- und Gleichberechtigungsforderungen der Frauen, der zunehmenden Angewiesenheit der Wirtschaft auf weibliche Arbeitskräfte sowie der Schwächung der Vormachtsstellung des Mannes innerhalb der sich entwickelnden Kleinfamilie mit geringen Kinderzahlen. Der Vater als Familienoberhaupt und seine damit einhergehende autoritäre Stellung innerhalb der Familie wurde verstärkt diskutiert und geriet in Kritik. Gleichzeitig belegen neue Erkenntnisse aus der Bindungstheorie und auch aus Bereichen der ethologischen² Forschung (z.B. Parke & Sawin 1976; Fthenakis 1988), dass es keinen biologischen Unterschied zwischen der Fähigkeit von Müttern und Vätern gibt, eine intensive, emotionale Bindung zu ihrem Kind aufzubauen. Außerdem kommt der aktiven Beteiligung von Vätern bei der Entwicklung und Erziehung ihrer Kinder eine enorm wichtige Bedeutung zu.

Besonders ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts rückt der Vater immer mehr in den Blickpunkt der Empirie und wird als eigenständiger Themenbereich von Wissenschaftlern in Forschungen aufgegriffen. Begriffe wie „neue Männer“ und „neue Väter“ sind zunehmend in gesellschaftlichen Diskussionen zu finden. Harald Werneck (2004, S. 5) beschreibt diesen erneuten Wandel der Vaterrolle wie folgt: „Die Position des Vaters innerhalb der Familie hat sich (...) grundlegend gewandelt, von einer vorwiegend strafenden und machtausübenden Instanz, die sich primär über die Funktion des Zeugens, Beschützens und Ernährens definieren ließ, hin zu einer auch emotional zugänglicheren Ansprechperson mit modifizierten Erzieheraufgaben und Funktionen als Identifikationsobjekt bzw. zunehmend auch als Freizeitpartner“. Dem Vater wird somit im

² Ethologie = vergleichende Verhaltensforschung

Familienleben eine deutlich wichtigere und bedeutendere Rolle zugesprochen, als es bisher der Fall war.

Gleichzeitig veränderten sich auch bei vielen, besonders bei jüngeren Vätern die Einstellungen bezüglich der Bedeutung und Gestaltung der Vaterschaft. Die Bereitschaft, sich aktiv am Alltag der Kinder zu beteiligen, bei der Betreuung und Erziehung mitzuwirken und sich mehr in der Familie zu engagieren, hat in den letzten Jahren stark zugenommen, wobei diese Entwicklung immer noch anhält (vgl. Matzner 2004, S. 9). Gleichwohl muss betont werden, dass sich ein großer Unterschied zwischen dem Willen der Väter und der tatsächlichen Realität abzeichnet, wie aus verschiedenen Studien hervorgeht. Walter Heinz (2002, S. 27) formuliert dazu, „(...), dass der Wandel aber auf der Ebene der Einstellungen und Wünsche zu stagnieren droht, weil er sich wesentlich an den Grenzen der Institution Arbeitsmarkt bricht“.

Dennoch ist festzuhalten, dass Väter durch die aktivere und intensivere Beteiligung am Familienleben und an der Erziehung eine engere und intensivere Bindung zu ihren Kindern haben, als es früher der Fall war. So sind Väter auch emotional stärker beteiligt, wenn die Familie zum Beispiel durch eine lebensbedrohliche Krankheit eines Kindes aus den Fugen gerät. Verständlich, dass auch die Forschung mehr und mehr auf diesen Bereich aufmerksam wird.

4.2. Fazit zur (bisherigen) Väterforschung

Es wird deutlich, dass bisherige Studien Väter überwiegend aus der Makroperspektive beleuchten und damit eher allgemeine Thematiken zur Vaterschaft aufgreifen. Matzner (2004, S. 17) vermerkt dazu, dass es „angesichts der Bedeutung, Vielfältigkeit und Universalität des Themas Vaterschaft, insbesondere im deutschsprachigen Raum, viel zu wenig Forschung gibt“. Dies musste auch bei der Suche nach spezifischen Studien, welche Väter im Zusammenhang mit nichtalltäglichen, außergewöhnlich kritischen Lebenssituationen betrachten (z.B. in Bezug auf Krankheit, Behinderung oder Tod eines Kindes), hinsichtlich dieser Forschungsarbeit festgestellt werden. Dabei wurde ersichtlich,

dass dieser Bereich noch sehr große Ressourcen aufweist und sich daraus eine Menge weiterer, neuer Forschungsmöglichkeiten eröffnen ließen.

4.3. Väter in der Bewältigungs- und Trauerforschung – die aktuelle Situation

Das Thema der Bewältigung und Trauer ist in der Theorielandschaft zahlreich vertreten. Eine Menge theoretischer Ansätze, Erklärungen und Publikationen setzen sich mit diesem Gegenstand auseinander. Ebenso wird dem Thema Väter, wie bereits deutlich geworden, seit einiger Zeit eine große Aufmerksamkeit und starkes Forschungsinteresse gewidmet. Begibt man sich jedoch auf die Suche nach Publikationen, welche diese beiden Themenbereiche miteinander verknüpfen, so muss man feststellen, dass es bisher nur sehr wenige Untersuchungen dazu gibt. Auch hier lässt sich vermuten, dass dies im Zusammenhang mit der Tatsache steht, dass die Kindererziehung traditionell in den Händen der Mütter liegt beziehungsweise lag und somit häufig Väter als weniger belastet angesehen wurden, wenn das eigene Kind beispielsweise schwer krank, behindert oder gar verstorben ist. Zusätzlich dürften offensichtliche Unterschiede in der Trauer zwischen Männern und Frauen dazu beigetragen haben, dass sich Vorurteile wie „Männer trauern nicht“ oder „Männer sind weniger belastet“ bis in die Fachliteratur fest verankert haben (vgl. Keller 2002). Die Erkenntnis, dass Trauer aber nicht gleich Trauer ist und Männer ebenso intensiv wie Frauen trauern, nur eben häufig auf andere Art und Weise, ist vor noch nicht allzu langer Zeit in unsere Gesellschaft gelangt (vgl. ebd.). Gleichzeitig fällt es häufig noch schwer, dem „starken Geschlecht“ Trauer überhaupt zuzugestehen (vgl. Kallenbach 2004). So wurde die psychosoziale und emotionale Situation der Väter nicht nur in der Fachliteratur lange Zeit vernachlässigt (vgl. ebd.). Verschiedene Berichte betroffener Väter aus den vergangenen Jahren zeigen jedoch, dass auch diese in solchen Krisensituationen emotional sehr stark beteiligt sind und ebenfalls einen großen Bedarf an Hilfe und Unterstützung haben. Infolgedessen hat man begonnen, sich diesem Themenkomplex auch empirisch zu nähern.

4.3.1. Väterforschung im Bereich der pädiatrischen Onkologie

Im Bereich der pädiatrischen Onkologie konnte trotz intensiver Recherche keine spezifische Studie im deutschsprachigen Raum gefunden werden, welche sich konkret den Vätern krebskranker Kinder annimmt. Auch Häberle (2010) stellt fest: „Der Problematik der Väter (...) wurde bisher in wissenschaftlichen Untersuchungen kaum Beachtung gewidmet“.

Aufmerksamkeit erweckte dagegen eine englischsprachige Studie von Cook aus dem Jahr 1984 mit dem Titel „Influence of Gender on the Problems of Parents of Fatally Ill Children“ (Erschienen in: Journal of Psychosocial Oncology 1984, Pages 71 – 91). Da dies die einzige wissenschaftliche Untersuchung ist, welche in Bezug auf Väter in der pädiatrischen Onkologie gefunden werden konnte und sie zugleich die vorliegende Forschungsarbeit aufgrund der Beschäftigung mit unterschiedlichen Problemen von Müttern und Vätern während der Krebserkrankung ihres Kindes stark tangiert, werden die Ergebnisse, die sich konkret auf Väter beziehen, im Folgenden vorgestellt.

Cook beschäftigte sich mit der Frage, ob sich für Väter und Mütter während der tödlich verlaufenden Krankheit ihres Kindes unterschiedliche Probleme ergeben. Dafür befragte sie 92 Familien bestehend aus 145 Eltern, wovon sich 90 Mütter und 55 Väter für eine Teilnahme bereit erklärten. Alle teilnehmenden Elternteile haben zwischen 1975 und 1979 ein Kind aufgrund einer Krebs- oder Bluterkrankung verloren. Die Erhebung erfolgte je nach Wunsch der Eltern entweder mittels eines Fragebogens oder eines persönlichen Interviews.

Die Inhalte beider Erhebungsmethoden zielten auf eine detaillierte Beschreibung der dominierenden Probleme, welche sich während der Erkrankung des Kindes für die Eltern ergaben. Dabei lag der Fokus vor allem auf dem Einfluss des Geschlechts auf das Erleben der Krankheit des Kindes.

Cook stützte sich auf die These, dass Eltern mit einer Reihe gleicher Probleme während der Erkrankung ihres Kindes konfrontiert werden, welche auf den materiellen, sozialen

und emotionalen Änderungen durch die Erkrankung beruhen. Sie arbeitete deshalb im Vorfeld der Befragung 18 Problembereiche aus der Literatur und aus Vorinterviews heraus, auf die sie sich schließlich in den Interviews und den Fragebögen der Hauptstudie bezog. Bei der Auswertung wurden innerhalb dieser identischen Probleme auch spezifische Schwierigkeiten ersichtlich, die je nach Geschlecht als mehr oder weniger dominierend und schwerwiegend erlebt wurden.

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die 18 allgemeinen Problembereiche vorgestellt, bevor anschließend näher auf die aus der Studie hervorgegangenen spezifischen Probleme der Väter eingegangen wird.

„Eighteen problems that arise during the course of a child’s serious illness were identified from the literature and prestudy interviews with parents.” (Cook 1984, S. 73):

- 1) *Child care (arranging for the care of the ill child)*
- 2) *Sibling care (arranging for the care of other children in the family)*
- 3) *Child discipline (disciplinary problems with the ill child)*
- 4) *Sibling discipline (disciplinary problems with the other children)*
- 5) *Helplessness (feeling helpless)*
- 6) *Parenting (loss of confidence in the ability to be a good parent)*
- 7) *Finances (financial problems)*
- 8) *Avoided (being avoided by other people)*
- 9) *Comforting (having to comfort other people)*
- 10) *Marital (growing apart from one’s spouse)*
- 11) *Exclusion (feeling left out of the ill child’s life)*
- 12) *Religiosity (loss of faith in religious beliefs)*
- 13) *Shielding (having to keep upsetting events and feelings from one’s spouse)*
- 14) *Familial (feeling that family members are growing apart)*
- 15) *Preoccupied (worrying that one’s spouse is too preoccupied with the sick child)*
- 16) *Coping (fear of being unable to cope if the child should die)*
- 17) *Denial (other family members refusing to accept the illness)*
- 18) *Withdrawal (one’s spouse withdrawing from the family)*

Die Auswertung der gewonnenen Ergebnisse aus den Interviews und den Fragebögen erfolgte sowohl durch eine qualitative als auch durch eine quantitative Analyse. Bei der quantitativen Auswertung spielten vor allem die eben genannten Problembereiche eine bedeutende Rolle. Die Väter sollten diese in Bezug auf den Schwierigkeitsgrad bewerten (sehr schwierig, ziemlich schwierig, etwas schwierig, überhaupt nicht schwierig), um so auf die Dominanz einzelner Probleme schließen zu können. Dabei ergaben sich zwei Probleme, welche sich für Väter als die Schwerwiegendsten darstellten:

Einerseits das Gefühl, vom Leben des Kindes ausgeschlossen zu sein („[...] feeling left out of the ill child's life [...]“) und andererseits die Sorgen um das Wohlbefinden der Mutter („[...] being worried that their spouse was too preoccupied with the ill child“) (ebd., S. 88).

Die qualitativen Daten wurden mit Hilfe der Grounded Theory von Glaser und Strauss (1967) einer systematischen Auswertung unterzogen. Dabei konnten durch Cook vier weitere Hauptprobleme identifiziert werden, die sich für die Väter aus der Erkrankung ihres Kindes ergaben:

1) Responsibility for work and family

Viele Väter haben in den Interviews die Zeit während der Erkrankung als eine Phase beschrieben, in der sie mehr als zuvor eine gleichzeitige Verantwortung für Arbeit und Familie zu tragen hatten. Während sie zu Hause mehr Aufgaben als sonst übernahmen („[...] fathers found that they acquired additional responsibilities, such as child care, cooking, chauffeuring, and housekeeping – chores previously performed by their wives [...]“), blieb die Intensität ihrer beruflichen Tätigkeit meist unverändert („[...] conflict between work and family obligations involved employers who were reluctant to give the men time off during their child's illness“) (ebd., S. 82). So berichteten einige Väter über wenig verständnisvolle Reaktionen ihrer Arbeitgeber, was ihren Konflikt zwischen Familie und Beruf unnötig verstärkte: „One father who missed too many hours of work was called before the factory's disciplinary board and reprimanded“; „(The employer, d.

Verf.) saw the care of the sick child as a „mother’s job“; „He (the employer, d. Verf.) had no conception that anybody had a problem outside of work“ (ebd., S. 82 f.).

Cook weist bei dieser Problematik auch noch einmal besonders auf die daraus resultierende Hin- und Hergerissenheit der Väter hin: “These additional responsibilities made fathers feel they were being pulled in many different directions at the same time” (ebd., S. 82).

2) *Exclusion from the family*

Auch das Gefühl, vom Leben und der Pflege des kranken Kindes ausgeschlossen zu sein, stellt ein primäres Problem für die Väter dar. Dies resultiert unter anderem aus der bereits mehrfach erwähnten Aufgabenteilung, dass meist die Mutter vor Ort auf Station ist, während der Vater weiter dem Beruf nachgeht („[...] the men were not involved in the day-to-day observations of and decision making about their child’s illness, especially if the family lived far from the hospital“ [ebd., S. 83]). Nach Cook wird dieses Gefühl des Ausgeschlossenseins auch durch die Abläufe im Krankenhaus verstärkt, da beispielsweise wichtige Entscheidungen, Behandlungen etc. unter der Woche und über den Tag stattfinden. Aufgrund dieser zwingenden Abwesenheit des Vaters verhält sich auch das Klinikpersonal nach den Ausführungen von Cook „far less familiar with the fathers than with the mothers, and the fathers felt that the physicians and nurses were not as concerned about or helpful to them as they were to the mothers and children“ (ebd., S. 83).

Ein Vater beschrieb seine Situation mit folgenden Worten: “ I felt left out. I felt that my wife become closer to her family and further from me. (...). I felt like a fifth wheel or something“. Ein anderer sagte: „As the father I was sort of the forgotten entity“ (ebd., S. 83).

3) *Wife's overinvolvement with the ill child*

Einen Aspekt, der in dieser Studie ausschließlich von den Vätern als problematisch wahrgenommen wurde, stellt das zu starke Engagement des Partners, in diesem Falle der Mutter, in die Pflege des erkrankten Kindes dar. Für die Väter ergeben sich daraus zwei vorherrschende Probleme:

Einerseits geht damit in einigen Fällen die Vernachlässigung der anderen Familienmitglieder, vor allem der gesunden Geschwister einher („[...] wife's overinvolvement with the ill child led the wife to ignore other family members, particularly the other children“ [ebd., S. 83]). Väter berichteten, dass sie sich hinsichtlich dessen oft verantwortlich fühlen, ihren Frauen gegenüber den Unmut der Geschwisterkinder über die fehlende Aufmerksamkeit der Mutter auszudrücken, auch wenn sie sich selbst nicht vernachlässigt fühlen. So können nach Cook auch eheliche Konflikte eine Folge dieser intensiven Einbindung der Mutter sein („In some cases, this issue caused marital conflict“ [ebd., S. 83]).

Andererseits ruft das starke Engagement für das erkrankte Kind nach Cooks Erkenntnissen bei den Vätern häufig auch Sorgen um das physische und emotionale Wohlbefinden ihrer Frauen hervor, sodass sie sich nicht selten dabei ertappten, wie sie insgeheim planten, „to get their wives away from the hospital or the child for a time, sometimes with the help of family members or the medical staff of the hospital (...)“ (ebd., S. 84).

4) *Desire to be with the child and wife*

Als letztes spezifisches, primäres Problem der Väter identifizierte Cook den Konflikt zwischen dem Wunsch, bei Frau und Kind zu sein, aber gleichzeitig erleben zu müssen, dass dies nicht möglich ist: „I would have liked to be with her (the ill child) every minute. This was constantly on my mind“ (ebd., S. 84). Dieses Problem steht zudem in Verbindung mit der erstgenannten Schwierigkeit der gleichzeitigen Verantwortung für Familie und Beruf. Während dabei jedoch die Doppel- und Überbelastung der Väter im Vordergrund stand, fokussierten die Väter hier hingegen die Divergenz zwischen dem

Wunsch bei der Familie zu sein und gleichzeitig um ihre wirtschaftliche Bedeutung zu wissen. Ein Vater beschrieb diesbezüglich seine Situation wie folgt: „Not being there when I felt like I should have been, but I just couldn’t because I had to make money“ (ebd., S. 84).

Zusammenfassend lassen sich aus den Erkenntnissen Cooks folgende dominierende Problembereiche für Väter während der Krebserkrankung ihres Kindes erkennen:

- Väter haben eine gleichzeitige Verantwortung für Arbeit und Familie zu tragen, während sich bei gleichbleibender beruflicher Tätigkeit die Aufgaben zu Hause erhöhen.
- Väter haben das Gefühl, vom Leben und der Pflege des kranken Kindes ausgeschlossen zu sein.
- Väter sehen das zu starke Engagement der Mutter in der Pflege des erkrankten Kindes als kritisch, da daraus einerseits eine Vernachlässigung der anderen Familienmitglieder, vor allem der gesunden Geschwister resultiert, andererseits machen sie sich Sorgen um das physische und emotionale Wohlbefinden ihrer Frau.
- Väter stehen im Konflikt zwischen dem Wunsch, bei Frau und Kind zu sein, aber gleichzeitig erleben zu müssen, dass dies aufgrund der Wichtigkeit ihres wirtschaftlichen Beitrags für die Familie nicht immer möglich ist.

Fazit

Die Forschung von Cook belegt, dass sich durch die Krebserkrankung eines Kindes für Väter und Mütter sehr spezifische Probleme ergeben und Situationen je nach Geschlecht(errolle) unterschiedlich erlebt und wahrgenommen werden. Gründe sieht sie vor allem in der gesellschaftlichen Verankerung bestimmter geschlechtsspezifischer Eigenschaften, die durch das Leben mit einem schwerkranken Kind verstärkt zum Tragen kommen. Bestätigt durch die Ergebnisse ihrer Studie beschreibt sie die mütterliche Rolle als „being nurturing, home centered, and child oriented“, während Väter als „breadwinners, emotional stabilizers, and familiy coordinators“ ihre Rolle in der Gesellschaft wahrnehmen (ebd., S. 89).

Diese Persönlichkeitsbilder sind nach Cook in der Gesellschaft und in jedem Einzelnen so fest verankert, dass sie sowohl die organisatorische als auch die psychische Situation der betroffenen Mütter und Väter stark prägen. So vermerkt die Autorin hinsichtlich der geschlechterspezifischen Aufgabenteilung, dass Mütter bei der Pflege des kranken Kindes als selbstverständlich angesehen werden, wohingegen sich Väter in diesem Bereich eher „fehl am Platz“ und „unbehaglich“ fühlen. „The fathers‘ social settings are those of work and more instrumental activities such as telephone calls and running errands“ (ebd., S. 89). Dies hat zur Folge, dass sich Väter häufig während der Erkrankung des Kindes als ausgeschlossen wahrnehmen. Cook sieht darin einerseits den Vorteil der Vermeidung von Belastung, andererseits weist sie daraufhin, dass den Vätern damit auch die Möglichkeit vorenthalten wird, mit Gleichbetroffenen in Kontakt zu treten und sich auszutauschen, was sich längerfristig nachteilig auf das Bewältigungsverhalten auswirken kann. Zudem betrachtet sie auch eine ausgeprägte Verinnerlichung der „gender-role stereotypes“ bei der Bewältigung der Krankheit und des möglichen Todes des Kindes als hinderlich (vgl. ebd., S. 89), da Eltern infolgedessen auf sehr unterschiedliche Art und Weise mit den Ereignissen umgehen und diese verarbeiten.

Abschließend sei noch einmal betont, dass es sich hierbei um Erkenntnisse aus den USA aus dem Jahr 1984 handelt. Inwieweit diese Studie auf Deutschland und die heutige Zeit übertragbar ist, kann erst mit der Auswertung der Ergebnisse dieser vorliegenden Forschungsarbeit diskutiert werden.

4.3.2. Väter in (ähnlich) belastenden Krisensituationen – ein Einblick in Forschung und Literatur

Obwohl speziell im Bereich der pädiatrischen Onkologie nach meinem Kenntnisstand keine weiteren Studien über Väter folgten, ist in den letzten Jahren dennoch ein allgemeiner Anstieg in der Auseinandersetzung mit Vätern in Bewältigungs- bzw. Trauerprozessen zu verzeichnen. Deshalb wird es im Folgenden einen Überblick über Publikationen geben, die den Gegenstand dieser Forschungsarbeit tangieren. Die Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Belastungen von Vätern finden mehr und mehr Beachtung. Dies zeigen vereinzelte Studien der letzten Jahre, die sich mit der Bewältigung und Trauer von Vätern auseinandersetzen, welche sich in einer ähnlichen Krisensituation befinden wie Väter mit einem krebskranken Kind. So existieren beispielsweise Studien über das Verhalten von Vätern in Familien mit einem behinderten Kind, für die besonders Kallenbach, Pädagoge und Diplom-Psychologe sowie emeritierter Professor für Körperbehindertenpädagogik der Universität Hamburg ein Vorreiter ist. Sein Hauptaugenmerk liegt dabei vor allem auf den verschiedenen Einflussgrößen wie beispielsweise Vereinbarkeit von Familie und Beruf, familiäre Aktivitäten, außerfamiliäre Kontakte, Vater-Kind-Beziehungen und Belastungsverarbeitung (vgl. Kallenbach 2004).

Auch eine Dissertation zum Thema "Trauer von Männern nach Fehlgeburt oder Totgeburt" (2010) greift einen Bereich auf, zu dem bisher fast ausschließlich Frauen befragt wurden. Der Verfasser Hemcke, Oberarzt für Frauenheilkunde an den Städtischen Kliniken Dortmund, leistet damit einen wichtigen Beitrag zum Ausbau der Väterforschung hinsichtlich der Bewältigung und Trauer.

Weitere Publikationen thematisieren zudem zunehmend speziell die Trauer von Männern und Vätern, wodurch zugleich auch hier der Wandel des Interesses und der Einstellungen zum Thema „Männer und Trauer“ zum Ausdruck kommt. Als Beispiel sei das im Jahr 2000 erschienene Buch von Müller-Commichau und Schaefer mit dem Titel „Wenn Männer trauern. Über den Umgang mit Abschied und Verlust“ genannt. Es beschreibt typische Verlustsituationen im Leben von Männern, nimmt Wege, wie Männer mit Abschied und Verlust umgehen, in den Blick und zeigt neue Möglichkeiten der Trauergestaltung auf. Ziel des Buches ist es zu bewirken, dass Männer in der Trauerliteratur nicht mehr nur mit etwas mehr als einem Nebensatz erwähnt werden und dass der oft mitschwingende leicht vorwurfsvolle Unterton, nicht richtig trauern zu können, endlich der Vergangenheit angehört (vgl. Müller-Commichau & Schaefer 2010).

Die Autorin Levang setzt sich in ihrem 2002 veröffentlichten Buch „Männer trauern anders“ vor allem mit den Unterschieden der Trauer bei Männern und Frauen auseinander und erörtert diese anhand von Erfahrungsberichten trauernder Männer. Diese beiden

beispielhaft genannten Beiträge sind eine der wenigen, die sich bisher konkret mit der Trauer von Männern beschäftigen.

Eine Art Publikation, welche in den letzten Jahren ebenfalls zunimmt, sind Erfahrungsberichte von Männern und Vätern, die ihre Situation und Gefühle niederschreiben. Es wird stark deutlich, dass auch sie trauern und belastet sind und dass in diesem Bereich bisher ein großer Mangel an Beachtung herrschte. Besonders zum Ausdruck kommt diese Lücke in dem Titel des 2008 erschienenen Buches „Die vergessene Trauer der Väter“ von Melanie und Dominik Rihm. Das Buch umfasst eine Sammlung von Erfahrungsberichten, Gedichten und Briefen von Vätern, welche ihr Kind verloren haben. Um einen Einblick in die Situation des Vaters zu verschaffen, soll an dieser Stelle ein beeindruckender Abschnitt aus dem Vorwort der Mutter wiedergegeben werden, welche ihre Tochter durch eine Fehlgeburt verloren hat:

Derjenige, der mich auffing, war mein Mann

Er war derjenige,

der mich in den Arm nahm, wenn ich weinte.

Er war derjenige,

der alle Anrufe entgegen nahm und die schlimme Nachricht überbringen musste.

Er war derjenige,

der die ganze Zeit für mich da war.

Er war derjenige,

der in der Klinik alles für mich organisierte.

Er war derjenige,

der noch Auto fahren konnte.

Er war derjenige,

der das Grab für unsere kleine Runa aushob.

„Erst durch diese Erfahrung wurde mir klar, was für eine wahnsinnige Aufgabe das für die Väter sein muss. Sie haben genauso ein Kind verloren. Es wird wie selbstverständlich erwartet, dass ein Mann das einfach so wegsteckt. Natürlich soll er auch noch stark genug sein, um alles Organisatorische zu regeln. Er muss gleich wieder arbeiten gehen

und soll sofort wieder voll im Alltag stehen. Dann ist da noch die Frau, die möglicherweise von ihrem Mann erwartet, dass er genauso viel weint, dass er genauso viel redet, dass er für sie Ehemann, beste Freundin und Mutter zugleich ist. Kurz und gut. Mir wurde das alles klar und ich wollte für meinen Mann da sein, jetzt wo ich wieder mehr Kraft dazu hatte. Mir hat es sehr geholfen alles aufzuschreiben und Bücher mit Erfahrungsberichten zu lesen. Meine Idee war, Dominik auch ein solches Buch zu schenken. Sie können sich vorstellen, wie erstaunt ich war, als ich entdeckte, dass es eine Menge Bücher für Mütter, jedoch kein Buch für Väter gab. (...) Am gleichen Abend kam er nach Hause und beschwerte sich darüber, dass beim Arbeiten alle nur nach mir gefragt hätten und es niemanden interessiert hätte, wie es ihm geht. In diesem Moment war die Idee da, selbst ein Buch zu schreiben bzw. Berichte zu sammeln.“

Auch im Bereich der pädiatrischen Onkologie gibt es einige, im Vergleich zu Müttern jedoch wenige, veröffentlichte Erfahrungsberichte betroffener Väter. Dazu zählt unter anderem das Buch von Michael Schophaus „Im Himmel warten Bäume auf Dich. Die Geschichte eines viel zu kurzen Lebens“ (2000) sowie von Michael Martensen „Im Himmel kann ich Schlitten fahren: Das kurze Leben unserer kleinen Tochter Sophia“ (2008). Beide Bücher berichten aus der Sicht des Vaters, wie dieser die Krankheitszeit bis hin zum Tod des Kindes erlebt und bewältigt. Dadurch bekommt der Leser einen sehr persönlichen Einblick in die „Welt der Väter“. Gerade solche Erfahrungsberichte machen deutlich, wie hilfreich und notwendig eine qualitative Forschung in diesem Bereich sein kann, um die Situation der Väter zu beleuchten und somit besser zu verstehen. Noch einmal eine andere Sicht auf das Thema „Krebserkrankung“ eröffnet der Vater Christoph Glumm in seinem Buch „Wenn das Leben kopfsteht. Diagnose: Leukämie“ (2010). Er thematisiert nicht nur sein Erleben der Erkrankungszeit seiner Tochter, sondern auch seine Beziehung zum christlichen Glauben in dieser Zeit, welche durch die Krebserkrankung nicht selten von Zweifeln geprägt war. Zu dem Buch veröffentlicht er zusätzlich eine CD mit Liedern, in welchen er seine Gefühle und Gedanken ausdrückt: „Seine Texte erzählen davon, wie es sich lebt, wenn Gott im Alltag scheinbar verborgen bleibt und sich alles verändert, was bisher wichtig war.“ (Glumm 2010, S. 95). Auf diese Art und Weise fand der Vater ein Medium zur Bewältigung dieser schweren Lebensphase.

4.4. Zusammenfassung

Die Väterforschung als eigener Forschungszweig begann sich erst ab den 70er Jahren in Deutschland zu etablieren. In der aktuellen Phase der Väterforschung steht hauptsächlich der Wandel der Vaterrolle im Blickpunkt. Der Abriss über die Änderungen in der Vaterschaft von der Zeit des Römischen Reiches bis heute ließ ersichtlich werden, dass „heutige“ Väter, viel stärker als dies früher der Fall war, in das Familienleben integriert sind und damit auch von kritischen Lebensereignissen wie der Krebserkrankung eines Kindes bedeutend mehr tangiert werden. Die Forschung konnte jedoch der Entwicklung der Vaterrolle nicht so rasch folgen, sodass die psychosoziale und emotionale Situation der Väter in der (Fach-) Literatur der Bewältigungs- und Trauerforschung lange Zeit vernachlässigt wurde. Seit einigen Jahren ist ein Anstieg der Publikationen in diesem Bereich zu verzeichnen. Dennoch ließ sich nach intensiven Recherchen im Bereich der pädiatrischen Onkologie keine spezifische Studie im deutschsprachigen Raum über die Situation von Vätern krebskranker Kinder finden. Als aufschlussreich erwies sich die englischsprachige Studie von Cook (1984) über „Influence of Gender on the Problems of Parents of Fatally Ill Children“. Die Forscherin konnte dabei vier dominierende Problembereiche für Väter während der Krebserkrankung ihres Kindes identifizieren: den gleichzeitigen Verantwortungsbereich für Arbeit und Familie als Doppelbelastung, das Gefühl, vom Leben und der Pflege des kranken Kindes ausgeschlossen zu sein, die kritische Betrachtung des „Überengagements“ der Mütter in der Pflege des erkrankten Kindes sowie der Konflikt zwischen dem Wunsch, bei Frau und Kind zu sein, aber gleichzeitig erleben zu müssen, dass dies aufgrund der Wichtigkeit ihres wirtschaftlichen Beitrags für die Familie nicht immer möglich ist.

Im Folgenden werden Theorien und Modelle dargestellt, welche sich mit Stress- und Belastungsbewältigung auseinandersetzen.

5. Bewältigung kritischer Lebensereignisse

„(...) für jeden von uns stellt sich wohl irgendwann einmal die Frage: „Warum gerade ich ...?“ Selten oder nie aber stellen wir uns die Umkehrfrage: „Warum gerade ich nicht ...?“ Alles erscheint uns so selbstverständlich bis zu jenem blitzartig lebenverändernden Augenblick, da der Stein ins Rollen kommt, die Krise uns selbst trifft.“

(Schuchhardt 1996, S. 9)

In der Psychologie herrschen verschiedene Diskussionen über eine einheitliche Definition kritischer Lebensereignisse (Filipp 1995, S. 3 ff.). Die folgend dargelegte Eingrenzung des Begriffes bezieht sich auf die Ausführungen von Filipp in „Kritische Lebensereignisse“.

Der Definition kritischer Lebensereignisse nach Filipp liegen Aspekte aus sozial-ökologischen und systemischen Ansätzen zugrunde, als dessen Vertreter an dieser Stelle der Psychologe Bronfenbrenner sowie der Systemtheoretiker Luhmann genannt seien. Demnach wird das Individuum nicht isoliert, sondern immer in einer wechselseitigen Beziehung mit seiner Umwelt betrachtet, innerhalb derer kontinuierliche Transaktionen zwischen den beiden Komponenten ablaufen. Individuum und Umwelt zeichnen sich durch ein kongruentes Passungsgefüge aus, welches durch das Einwirken kritischer Lebensereignisse aus dem Gleichgewicht gebracht wird (vgl. ebd., S. 9). Demgemäß definiert Filipp kritische Lebensereignisse als „systemimmanente Widersprüche“ bzw. „Stadien des relativen Ungleichgewichts“ innerhalb des bestehenden Passungsgefüges, was eine „Neuorganisation des Person-Umwelt-Gefüges“ erforderlich macht (ebd., S. 9/S. 24). Das Auftreten eines kritischen Lebensereignisses geht nach Filipp mit einer Unterbrechung habitualisierter Handlungsabläufe und damit mit Veränderungen der Lebenssituation der betroffenen Personen einher. Darauf müssen entsprechende Anpassungsleistungen (Formen der Bewältigung), wie beispielsweise die Veränderung oder der Abbau bisheriger Verhaltensmuster, folgen (vgl. ebd., S. 23). Diese Prozesse werden durch die an das Individuum gestellten Anforderungen prinzipiell als stressreich

oder kritisch erlebt, unabhängig davon, ob es sich um positive (z.B. Heirat) oder negative (z.B. Krankheit) Ereignisse handelt (vgl. ebd., S. 24).

Welche Auswirkungen kritische Lebensereignisse haben, wenn Menschen damit konfrontiert werden und eine Auseinandersetzung unausweichlich ist, wird in verschiedenen Erklärungsmodellen aufgegriffen. Die folgende Darstellung gibt Einblicke in eine Auswahl unterschiedlicher Ansätze.

Das Krisenverarbeitungsmodell von Schuchardt veranschaulicht die verschiedenen Phasen, welche bei dem Verarbeitungsprozess einer Krise von den Betroffenen durchlebt werden. Es folgt die Betrachtung der Krisensituation Krebserkrankung im Zusammenhang familienstresstheoretischer Konzepte, da das Bewältigungsverhalten der Väter immer auch im Zusammenhang mit dem Erleben der Krise der Familie als Ganzes steht. Anschließend wird die systemische Perspektive wieder verlassen und der Fokus richtet sich auf Theorien der individuellen Stress- und Belastungsverarbeitung. Beginnend mit dem kognitiv-transaktionalen Modell des Stresstheoretikers Lazarus werden zunächst Faktoren aufgezeigt, die im Prozess der Stressentstehung von Bedeutung sind, bevor nachfolgend die von ihm erarbeiteten Funktionen des Bewältigungsverhaltens sowie spezifische Bewältigungsstrategien ins Zentrum der Betrachtung rücken. Ergänzend zu diesem Modell wird die Ressourcentheorie von Hobfoll in ihren Grundzügen erläutert, da diese den von Lazarus aufgegriffenen Aspekt der Ressourcen im Bewältigungsprozess vertiefend und zusätzlich aus anderen Blickwinkeln beleuchtet. Auch den Ausführungen von Lehr und Thomae soll in dieser Arbeit Aufmerksamkeit gewidmet werden, weil sie einerseits ein breites Spektrum an möglichen Reaktions- und Bewältigungsformen im Zusammenhang mit stressreichen Ereignissen einbringen und andererseits durch eine kontrovers diskutierte Verwendung des Begriffes „Bewältigungsstrategie“ den Prozess der Bewältigung an sich noch einmal in einem anderen Licht erscheinen lassen. Zum Abschluss der theoretischen Betrachtung erfolgt mit Böhnisch und Winter ein weiterer Übergang von allgemeinen Theorien der Stressbewältigung hin zu einem Modell, welches sich spezifisch mit männlicher Lebensbewältigung auseinandersetzt.

5.1. Krisenverarbeitung als Lernprozess – ein Modell von Schuchardt

Schuchardt erarbeitete aus über 1000 wissenschaftlich analysierten Biografien Betroffener sowie aus jahrelanger Begleitung von Menschen in Krisen ein Modell, welches die Verarbeitung von Krisen als Lernprozess in acht Spiralphasen darstellt. Menschen in Krisen sind dabei nicht nur die Betroffenen selbst, auch ihre Bezugspersonen werden von dem kritischen Lebensereignis erfasst und folglich mit dem nachstehend dargestellten Lernprozess konfrontiert, sodass sich dieses Modell auch auf die Situation von Vätern mit einem krebskranken Kind beziehen lässt (vgl. Schuchardt 1996, S. 29 ff.).

Spiralphase 1: Ungewissheit – „Was ist eigentlich los ...?“

Die erste Spiralphase bezeichnet Schuchardt als die Phase der Ungewissheit. Ein kritisches Lebensereignis tritt in das Leben eines Menschen, wodurch „ein durch Normen geordnetes und an ihnen orientiertes Leben“ zerstört wird (ebd., S. 29). Diese Zeit ist gekennzeichnet durch einen Schockzustand, in dem die Betroffenen automatisch auf erlernte Reaktionsmuster zurückgreifen, Abwehrmechanismen zum Tragen kommen und so versucht wird, das Ereignis zu verdrängen. „Dieser (der Krisenauslöser, d. Verf.) kann nicht existent werden, weil er nicht existent sein darf“ (ebd., S. 29). Die Betroffenen befinden sich nach Schuchardt in einem halbbewussten Zustand, in dem sie noch nicht fähig sind, das Ausmaß der Krise zu erkennen und somit dazu neigen, diese zu leugnen. Innerhalb dieser ersten Phase lassen sich noch *drei weitere Zwischenphasen* differenzieren: Die Phase der *Unwissenheit* geht mit der Bagatellisierung der Situation einher, denn „es muss ja nicht immer gleich das Schlimmste angenommen werden“ (ebd., S. 30). Wenn die aufkommenden Zweifel nicht mehr negiert werden können, weicht die Unwissenheit der Phase der *Unsicherheit*. Trotz der Zweifel und der damit verbundenen Annäherung an die Realität verhindert eine psychisch labile Gefühlslage, die Krise als solche anzuerkennen. Das Akzeptieren der Realität bedarf viel Zeit. Wird die Krise jedoch zur drohenden Gewissheit, so vermehren sich Versuche, diese abzuwehren. Dies bezeichnet Schuchardt als Phase der *Unannehmbarkeit* des Verlustes von Lebensmöglichkeiten. Sie ist der letzte Versuch, der Gewissheit zu entfliehen. Am Ende

dieser ersten, durch plagende Ungewissheit geprägten Spiralphase, sehnen sich die Betroffenen nach erlösender Gewissheit, wodurch der Übergang in die zweite Phase angedeutet wird.

Spiralphase 2: Gewissheit – „Ja, aber das kann doch nicht sein ...?“

Auch wenn in der Phase der Gewissheit den Betroffenen durchaus der Verlust von Lebensmöglichkeiten bewusst ist, so zeichnet sich diese Zeit dennoch durch eine Ambivalenz zwischen dem „verstandesmäßigem Ja und gefühlsmäßigem Nein“ (ebd., S. 32) aus. Die Frage: „Ja, aber das kann doch nicht sein?“ verdeutlicht diese Zwiespältigkeit von rationaler Erkenntnis („Ja, [...]“) und Unterdrückung der Gefühle durch Abwehrmechanismen ([...], aber das kann doch nicht sein“).

Spiralphase 3: Aggression – „Warum gerade ich ...?“

Die dritte Phase der Aggression sieht Schuchardt als „Einleitungsphase der emotionalen Krisenverarbeitung“ (ebd., S. 34). Die „Kopferkenntnis“ wird nun auch zur „Erfahrung des Herzens“ (ebd., S. 33). Ungesteuerte Gefühlsausbrüche, einhergehend mit der Frage: „Warum gerade ich ...?“, führen zu Aggressionen gegen sich selbst oder seine Umwelt, da „der eigentliche Gegenstand der Aggression, der Krisenauslöser selbst, nicht fassbar, nicht an-greifbar ist“ (ebd.). In einem unbewussten Prozess werden Ventile für den Überdruck der Gefühle gesucht, mit dem Ziel, die eigene Handlungsfähigkeit wieder herzustellen.

Spiralphase 4: Verhandlung – „Wenn ... dann muss aber ...?“

Die Phase der Verhandlung ist nach Schuchardt als ein „letztes Sichaufbäumen“ zu verstehen (ebd., S. 34). Die in der Phase der Aggression freigesetzten Kräfte werden genutzt, um alle möglichen Maßnahmen zu ergreifen, die ausweglose Situation doch noch zu verlassen. Schuchardt nennt an dieser Stelle das Beispiel der „wahllose(n) Konsultation verschiedener Ärzte, ausländischer Kapazitäten bis hin zum verstecktesten

Heilpraktiker“, um die Hoffnung zu erhalten, „dass ein Aufschub der endgültigen Diagnose möglich ist“ (ebd., S. 34).

Spiralphase 5: Depression – „Wozu ..., alles ist sinnlos?“

Die vorausgehende Phase der Verhandlung wird früher oder später zu keinem Erfolg führen, sodass der Krisenauslöser unausweichlich und nicht mehr zu verleugnen ist. Das damit erlebte Scheitern der Betroffenen in den ersten Phasen der Krisenverarbeitung wird als eigenes Versagen erlebt und führt zur Resignation. Von den bis dato gehegten irrationalen Hoffnungen und Utopien muss losgelassen werden. Nach Schuchardt hilft in dieser Zeit der Depression Trauerarbeit, um sich auf die Annahme des Schicksals vorzubereiten und sich selbst zu finden. Daraus „erwächst die Freiheit, sich von erlittener Erfahrung zu distanzieren und die notwendigen nächsten Handlungen selbst zu gestalten“ (ebd., S. 36).

Spiralphase 6: Annahme – „Ich erkenne erst jetzt ...!“

Annahme bedeutet nicht den Krisenauslöser zustimmend zu bejahen. Diese Phase beschreibt vielmehr den Prozess „in der Verarbeitung (der) Krisen, das Unausweichliche anzunehmen“ (ebd.). Können die Anfangsphasen erfolgreich durchlebt und bewältigt werden, haben die Betroffenen in der Phase der Annahme „ausgetrauert (...) (und) sind bereit, sich neuer Einsicht zu öffnen“ (ebd.). Sie lernen nicht mehr gegen, sondern mit der Krise zu leben, so Schuchardt.

Spiralphase 7: Aktivität – „Ich tue das ...!“

In dieser Phase kommt es zu einer Wende, ausgelöst durch den Prozess der Annahme. Durch den selbstgefassten Entschluss mit der Krise zu leben, können nun die bisher gegen die Krise eingesetzten Kräfte bei der Gestaltung der jetzigen Situation sinnvoll genutzt werden. Die Betroffenen lernen, „dass es (...) nicht entscheidend ist, was man hat, sondern was man aus dem, was man hat, gestaltet“ (ebd., S. 37). Während dieser

Zeit beginnt meist die gezielte Suche nach Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung.

Spiralphase 8: Solidarität – „Wir handeln ...!“

Die letzte Stufe des Lernprozesses Krisenverarbeitung ist gekennzeichnet durch den „Wunsch, selbst in der Gesellschaft verantwortlich zu handeln“ (ebd.). Verliefe die eigene Bewältigung erfolgreich, so können die Betroffenen ihre Erfahrungen solidarisch an die Gesellschaft weitergeben. Nach Schuchardt wird diese letzte Phase jedoch nur selten erreicht.

Das Modell der Krisenverarbeitung als Lernprozess macht deutlich, dass im Umgang mit einem kritischen Lebensereignis „die einzig mögliche Lösung (darin) besteht, nicht mehr im Widerstand gegen, sondern mit dem scheinbar Unannehmbaren zu leben“ (ebd., S. 38). Erlangt man diese Einsicht nicht und kämpft fortwährend gegen den Krisenauslöser, ist eine gelingende Bewältigung der Krise unmöglich. In ihren Ausführungen betont Schuchardt dabei immer wieder die Bedeutung sozialer Unterstützung bei der Bewältigung der einzelnen Phasen und somit im gesamten Lernprozess der Krisenverarbeitung.

5.2. Familienstresstheoretische Ansätze

Familienstresstheoretische Ansätze gehen davon aus, dass beispielsweise Väter bei der Bewältigung der Krebserkrankung ihres Kindes nicht isoliert zu betrachten sind, sondern ihr Bewältigungsverhalten immer im Zusammenhang mit den anderen Familienmitgliedern steht. Deshalb soll an dieser Stelle zunächst eine systemische Betrachtung der ganzen Familie bei der Bewältigung von Stress bzw. von Problemen erfolgen.

Die Familienstresstheorie entwickelte sich aus der anglo-amerikanischen Familienforschung unter maßgebendem Einfluss von Hill (vgl. Schneewind 1999, S. 100). Im Laufe der Zeit wurde sie durch andere Ansätze ergänzt und erweitert, sodass heute ein relativ breites Spektrum an familienstresstheoretischen Annahmen und Erkenntnissen existiert

(vgl. ebd.). Nachfolgend werden zwei Modelle dieser Theorie näher erläutert und in Beziehung zu Familien mit einem krebskranken Kind gesetzt.

5.2.1. Das Stufenmodell des familiären Stress-Coping-Prozesses

Anhand des Stufenmodells des familiären Stress-Coping-Prozesses von Burr und Klein (1994) sollen zunächst das Ereignis der Krebserkrankung eines Kindes und die damit verbundenen Auswirkungen auf das familiäre System einem Belastungsniveau zugeordnet werden, um einen Eindruck davon zu gewinnen, was eine solche Diagnose für eine Familie hinsichtlich der Belastung und Bewältigung bedeutet.

Burr und Klein definierten aus empirischen Untersuchungen heraus drei Belastungsniveaus von unterschiedlicher Intensität, in denen jeweils verschiedene Bewältigungsformen dominieren (vgl. Burr & Klein 1994, zit. nach Schneewind 1999, S. 103). Das niedrigste Belastungsniveau wird als *Level-I-Stress* bezeichnet. Es beinhaltet Stressoren, welche nicht außergewöhnlich, sondern eher familientypisch sind. Dazu zählen beispielsweise Zeitdruck oder Schulprobleme von Kindern. Bewältigt werden diese mit Hilfe vertrauter, strukturerhaltender Strategien, wobei es sich bei den oben genannten Beispielen um eine bessere Terminplanung oder um Nachhilfeunterricht für die Kinder handeln könnte (vgl. ebd., S.103).

Als *Level-II-Stress* werden nach Burr und Klein Ereignisse definiert, „die sich im Kontext potentieller krisenhafter Übergänge im Familienzyklus einstellen“ (z.B. Übergang zur Elternschaft) (ebd.). Im Gegensatz zum Niveau des Level-I-Stress werden hier anstelle strukturerhaltender strukturverändernde Formen der Bewältigung von Bedeutung, wie beispielsweise eine Neuordnung des Rollenverständnisses junger Eltern.

Das drastischste Belastungsniveau (*Level-III-Stress*) tritt nach Burr und Klein dann ein, wenn der Stressor so immens ist, dass „grundlegende Lebens- und Wertkonzepte einer Familie in Frage gestellt werden“ (ebd.). Die Krebserkrankung eines Kindes lässt sich demnach in den Bereich des Level-III-Stress einordnen, da sie eine große Belastung für das gesamte familiäre System darstellt. Bisherige fundamentale Lebenskonzepte werden

abrupt unterbrochen und aus dem Gleichgewicht gebracht, Rollen innerhalb der Familie ändern sich, Aufgaben müssen anders verteilt werden, Zukunftspläne werden ungewiss (vgl. Haas et al. 2003, S. 91). Eine Form der Bewältigung sehen Burr und Klein in diesem Bereich unter anderem in einer „radikalen Umgewichtung des gesamten Wertekans und der grundlegenden Lebensphilosophie einer Person oder einer ganzen Familie“ (vgl. ebd. 1994, zit. nach Schneewind 1999, S. 103). Dies kann beispielsweise einen intensiveren Genuss bestimmter Lebensbereiche oder auch eine tiefgründige Beschäftigung mit transzendentalen Fragen beinhalten (vgl. ebd.).

Nachdem die Krebserkrankung eines Kindes dem höchsten Belastungsniveau zugeordnet werden konnte, folgt nun anhand des „Familienkrisenmodells“ eine Darstellung, inwiefern sich dies auf die Familie auswirkt.

5.2.2. Das Familienkrisenmodell

Die Ursprünge des Familienkrisenmodells finden sich bei Hill (vgl. Schneewind 1999, S. 100). Aufgrund der Systematik, welche das Modell charakterisiert, wird es auch als ABCX-Modell bezeichnet (vgl. Abbildung 3). Es beschreibt den Prozess, wie eine Familie auf krisenauslösende Ereignisse reagiert (vgl. ebd.).

Nach Hill erzeugt das Stressoreignis A – in Interaktion mit den Krisenbewältigungsressourcen der Familie B – in Interaktion mit der Definition einer Familie von diesem Ereignis C – die Krise X (vgl. Hill 1949, zit. nach Schneewind 1999, S. 100). Stressoren benennen in diesem Zusammenhang „(Lebens-) Ereignisse, die das Familiensystem verändern“ (Hill 1949, zit. nach Schneewind 2000, S. 71). Dazu zählt beispielsweise auch die Krebserkrankung eines Kindes. Erhalten Eltern die Krebsdiagnose ihres Kindes, kommt es demnach besonders auf die individuellen Krisenbewältigungsressourcen der Familie an, ob und in welchem Ausmaß sich diese Situation nachfolgend zu einer Krise entwickelt. Gleichzeitig spielt es eine bedeutende Rolle, inwiefern die Familie die Krankheit Krebs bewertet und für sich definiert.

McCubbin und Patterson erweiterten 1983 das Modell von Hill zum sogenannten doppelten ABCX-Modell, indem sie es durch weitere Aspekte ergänzten (siehe Abbildung 3).

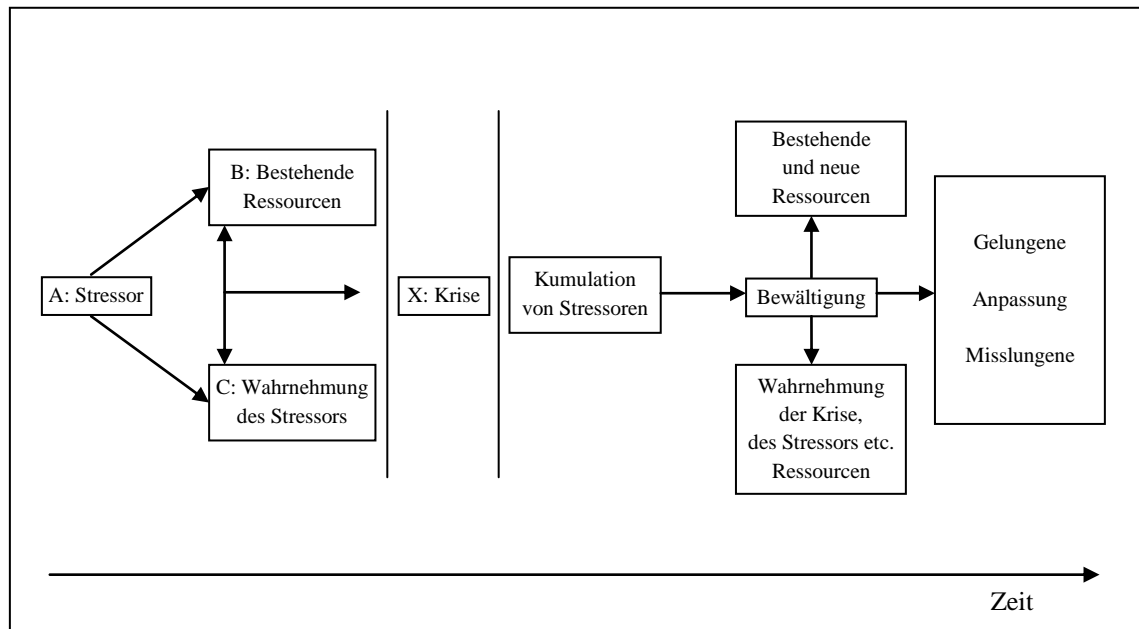


Abbildung 3: Das doppelte ABCX-Modell nach McCubbin & Patterson (1983) (vgl. Schneewind 1999, S. 101)

Der Unterschied zu Hill liegt bei McCubbin und Patterson weitestgehend in einer Ergänzung des Modells hinsichtlich der Folgen der Krise. Sie gehen davon aus, dass es durch eine Krisensituation zusätzlich zu einer Anhäufung von Stressoren kommt, mit denen die Familie konfrontiert wird (vgl. McCubbin & Patterson 1983, zit. nach Schneewind 1999, S. 100). Auch McCubbin und Patterson definieren Stressoren ähnlich wie Hill als „ein auf die Familie einwirkendes Lebensereignis oder Übergangsstadium, das im sozialen System der Familie Veränderungen hervorruft bzw. das Potential zur Veränderung in sich trägt“ (vgl. ebd., S. 101). Trifft also ein Schicksalsschlag wie Krebs des eigenen Kindes die Familie, so werden durch diesen Hauptstressor weitere Stressoren hervorgerufen, wie beispielsweise die Arbeitsaufgabe der Mutter oder die Doppelbelastung des Vaters hinsichtlich Beruf und Familie (vgl. Cook 1984, S. 82). Dies verlangt nach McCubbin und Patterson eine erneute Einschätzung der Krisensituation durch die Familie (vgl. ebd. 1983, zit. nach Schneewind 1999, S. 101). Die an-

schließende Bewertung der Krise und damit einhergehende Möglichkeiten der Bewältigung sind auch hier wieder abhängig von den Ressourcen des familiären Systems sowie der subjektiven Wahrnehmung und Deutung dieser zusätzlichen Stressoren durch die einzelnen Familienmitglieder (vgl. ebd.). Ob die Anpassung an die veränderte Situation innerhalb der Familie gelingt bzw. misslingt, hängt maßgeblich von der eben beschriebenen Qualität der Krisenbewältigung ab (vgl. ebd.).

Neben der familieninternen Definition der Stressoren und den individuellen sowie familiären Bewältigungsressourcen beeinflussen auch funktionale und dysfunktionale Bewältigungsformen das Ausmaß des systemischen Stresses in der Familie (vgl. ebd. S. 101 f.). Um diese drei Punkte in Bezug auf die Krebserkrankung eines Kindes noch einmal zu verdeutlichen, werden sie in Anlehnung an Schneewind (1999, S. 102 f.) im Folgenden erläutert:

(1) Eine grundlegende Voraussetzung für die Qualität der Bewältigung der Krisensituation ist, wie bereits erwähnt, die *subjektive Einschätzung* des Stressors durch die Familie. So macht es einen großen Unterschied, ob die Erkrankung des Kindes beispielsweise als unlösbare, vermutlich tödlich endende Aufgabe oder als Herausforderung mit einer berechtigten Chance auf Heilung gesehen wird. Die Art und Weise, wie die Familie diesen Stressor definiert, kann demnach die effektive Bewältigung der Krebserkrankung entscheidend sowohl positiv als auch negativ beeinflussen (vgl. ebd.).

(2) Die zweite Einflussgröße stellen *individuelle und familiäre Bewältigungsressourcen* dar. Zu den individuellen Ressourcen zählen nach Schneewind vor allem „der persönliche Wohlstand, das Bildungsniveau, das gesundheitliche Wohlergehen sowie psychische Voraussetzungen in Form von bestimmten Persönlichkeitsdefinitionen (...), wie beispielsweise ein hohes Selbstwertgefühl, ein geringes Maß an Selbsterniedrigung oder Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie stark ausgeprägte Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugungen“ (ebd., S.102). Familiäre Ressourcen lassen sich besonders in der Organisation des Zusammenlebens der Familie und ihrer Beziehung zur Außenwelt erkennen (vgl. ebd.). Zeichnet sich eine betroffene Familie zum Beispiel durch einen engen familiären Zusammenhalt, gute familiäre Anpassungsfähigkeit sowie durch

konstruktive, positive Kommunikations- und Problemlösungsfertigkeiten aus, so kann man davon ausgehen, dass diese Familie die Krebserkrankung des Kindes und die daraus entstehenden Krisen besser bewältigt als eine Familie ohne diese Merkmale (vgl. ebd.).

Eine weitere Ressource, welche bei der Bewältigung sehr förderlich sein kann, ist die der *sozialen Unterstützungssysteme*. Schneewind unterscheidet dabei in Anlehnung an Cobb (1982) vier verschiedene Formen sozialer Unterstützung:

- a) Die informationelle Unterstützung, d.h. zu wissen, dass man von anderen wertgeschätzt wird und gleichzeitig bei Bedarf Rat oder emotionalen Beistand erhält.
- b) Die instrumentelle Unterstützung, d.h. dass einem als betroffene Familie Personen und/oder Institutionen zur Verfügung stehen, die bei der Erschließung neuer Bewältigungsmöglichkeiten behilflich sein können.
- c) Die aktive Unterstützung, was bedeutet, dass man als Familie mit einem krebskranken Kind bei alltäglichen Aufgaben und Problemen von anderen aktiv Hilfe erfährt (z.B. Betreuung der Geschwisterkinder, Erledigen des Familieneinkaufs).
- d) Die materielle Unterstützung, zum Beispiel in Form von Geld, Gütern und Dienstleistungen. Dazu gehören z.B. bei der Krebserkrankung eines Kindes eine Vielzahl von staatlichen Hilfen wie Steuererleichterungen, Sonderfonds, aber auch Leistungen der Krankenkassen (vgl. DLFH 2008).

(3) Der dritte Aspekt, welcher das Ausmaß des systemischen Stresses innerhalb der Familie erheblich zu beeinflussen vermag, bezieht sich auf die *Art der Bewältigungsformen*. Diese können nach Schneewind sowohl funktional als auch dysfunktional sein (1999, S. 103). So führt nicht jede Form der Bewältigung zwingend zum erfolgreichen Meistern der Krisensituation oder zur Minimierung des Familienstress. Es gibt Versuche der Bewältigung, die die Lage der Familie eher verschlimmern und eine unnötige Häufung weiterer Stressoren zur Folge haben. Bei Eltern mit einem krebskranken Kind kann es sich beispielsweise sehr negativ auswirken, wenn sie all ihre Kraft in die Pflege des kranken Kindes stecken und dabei den eigenen physischen und psychischen Zustand völlig außer Acht lassen. Durch einen möglicherweise auftretenden Zusammenbruch der

Mutter oder des Vaters würden weitere Stressquellen entstehen und damit erneute Krisensituationen eintreten. Auch die Kompensation des Stresses durch einen unverhältnismäßig großen Konsum von Alkohol würde sich dysfunktional auf den Bewältigungsprozess auswirken.

Auf der Grundlage familienstresstheoretischer Ansätze ist zu erkennen, dass es sehr unterschiedlich sein kann, mit welcher Intensität sich die Erkrankung auf die Familie auswirkt. Je nach individueller Wahrnehmung der Situation, verfügbaren Ressourcen und eingesetzten Bewältigungsformen wird die Ausprägung der Erschütterung der Familien in unterschiedlichem Maße sein, wobei jedoch immer auch die Erkrankungsart, der Therapieverlauf sowie erwartete Heilungschancen eine bedeutende Rolle spielen.

Nachdem nun eine systemische, familienbezogene Betrachtung des Bewältigungsprozesses stattfand, beleuchten die nachstehenden Theorien die Prozesse der Stress- und Belastungsverarbeitung aus individueller Sicht.

5.3. Das kognitiv-transaktionale Modell der Stressbewältigung nach Lazarus

Das stresstheoretische Paradigma des amerikanischen Psychologen Lazarus setzt an der anfangs erläuterten Definition kritischer Lebensereignisse im Zusammenhang sozial-ökologischer und systemischer Aspekte an. Nach Lazarus kann aus der erwähnten Beeinträchtigung des Person-Umwelt-Gefüges psychischer Stress hervorgehen, wenn die entstehende Situation als „niederschmetternd, bedrohlich oder herausfordernd“ wahrgenommen wird (Lazarus 1995, S. 201) und nach individueller Einschätzung der betroffenen Person „interne oder externe Ressourcen auf die Probe gestellt oder überschritten werden“ (ebd., S. 213). Dabei wird deutlich, dass kognitive Aspekte in diesem Ansatz (im Gegensatz zu früheren Sichtweisen zur Erklärung von Stress) eine entscheidende Rolle spielen (vgl. ebd.). Vergleichbar mit Konzepten aus der kognitiven Verhaltenstherapie (Beck, Ellis, Meichenbaum u.a.) resultiert in diesem Modell die Definition einer bestimmten Situation aus deren Wahrnehmung und Bewertung durch das Individuum (vgl. ebd., S. 205/S. 212). Daraus ergeben sich für Lazarus folgende Begriffsbestimmungen der Komponente Stress:

„(Stress ist) das Resultat von Kognitionen, d.h. das Ergebnis dessen, wie eine Person ihre Beziehung zu ihrer Umwelt bewertet oder konstruiert“ (ebd., S. 201).

„Stress stellt ein relationales Konzept dar, indem ein Gleichgewicht hergestellt werden muss zwischen Anforderungen (aus der Umwelt, d. Verf.) und der Fähigkeit (des Individuums, d. Verf.), mit diesen Anforderungen ohne zu hohe Kosten oder destruktive Folgen fertigzuwerden“ (ebd., S. 213).

Den Prozess der kognitiven Bewertung der auftretenden Anforderungen gliedert Lazarus in zwei Phasen: die primäre und die sekundäre Einschätzung.

In der *Phase der primären Einschätzung* wird „die Bedeutung einer Transaktion mit der Umwelt für das eigene Wohlbefinden eingeschätzt“ (ebd., S. 212). Die Transaktion kann dabei entweder als „irrelevant, positiv oder stressreich“ (ebd.) empfunden werden, woraus sich das weitere Vorgehen ableitet. Schätzt das Individuum die Situation als stressreich ein, ergeben sich nach Lazarus drei Möglichkeiten der kognitiven Bewertung (vgl. ebd.):

- Bewertung der Anforderung als *Schädigung/Verlust* (bezieht sich auf ein bereits eingetretenes Ereignis)
- Bewertung der Anforderung als *Bedrohung* (bezieht sich auf ein erwartetes, aber noch nicht eingetretenes Ereignis)
- Bewertung der Anforderung als *Herausforderung* (die Anforderung wird als Möglichkeit zu persönlichem Wachstum, Gewinn oder Meisterung einer Situation aufgefasst)

Die Art der Einschätzung des Ereignisses spielt bei dessen Bewältigung eine bedeutende Rolle. Lazarus geht davon aus, dass die Bewertung nicht nur auf den Bewältigungsprozess selbst, sondern auch auf das physische und psychische Wohlergehen Auswirkungen hat (vgl. ebd., S. 213). So beeinflusst die primäre Einschätzung besonders die Intensität und Qualität der daraus resultierenden emotionalen Reaktionen. Positive Bewertungen führen dabei zu ebenfalls positiven Empfindungen wie Freude, Zu-

friedenheit usw., während eine negative Bewertung auch negative Empfindungen wie Angst, Furcht, Ärger, Schuld, Neid, Eifersucht, Misstrauen usw. hervorruft (vgl. ebd.). Ein weiterer Aspekt, welchen Lazarus im Zusammenhang mit der Phase der primären Einschätzung betont, sind sogenannte „Neubewertungen/Neueinschätzungen“. Da die Transaktionen zwischen Mensch und Umwelt nie stagnieren, sondern einer kontinuierlichen Entwicklung unterliegen, kommt es immer wieder zu Veränderungen. Die primäre Einschätzung schließt nach Lazarus dabei „Rückmeldungen über (diese) Veränderungen (...) ein“, welche schließlich mit erneuten „Veränderungen in der Qualität und Intensität von Emotionen einhergehen“ können (ebd., S. 213 f.). Neueinschätzungen und Umbewertungen sowie die damit einhergehende Bewegung in den Emotionen sind demnach ständiger Begleiter im Prozess der Stressbewältigung (vgl. ebd.).

Wird die Anforderung aus der Umwelt von dem Individuum als stressreich empfunden und damit entweder als Schädigung/Verlust, Bedrohung oder Herausforderung bewertet, so beginnt nach Lazarus der Prozess der Bewältigung (vgl. ebd., S. 214). Eine Auseinandersetzung mit dem Ereignis wird erforderlich, „die Person muss – absichtlich und bewusst oder unbewusst und automatisch – eine Entscheidung treffen, was zu tun ist“ (ebd.). Im Rahmen der *Phase der sekundären Einschätzung* ist es vonnöten, die zur Verfügung stehenden persönlichen und sozialen Ressourcen zur Bewältigung der Stresssituation einzuschätzen und die erforderlichen Handlungsmöglichkeiten genauer zu untersuchen (vgl. ebd.). Dafür benötigt die Person neben Informationen, auf welche Ressourcen sie zurückgreifen kann und welche Strategien sich zur Bewältigung der Situation am besten eignen, auch das Bewusstsein, dass „mit ihrem Bewältigungsverhalten (auch) neue Probleme entstehen können“ (ebd.). Es wird ersichtlich, dass diese Phase für Lazarus mit einer „Fülle komplexer Einschätzungsprozesse“ (ebd.) verbunden ist, welche den Verlauf der Bewältigung prägen. Ähnlich wie bei der Phase der primären Einschätzung treten auch in diesem Zusammenhang Neubewertungen auf (vgl. Zimbarbo & Gerrig 1999, S. 376). So kann es vorkommen, dass die angewandte Bewältigungsstrategie nicht optimal gewählt wurde und die Stresssituation weiterhin anhält. Demnach sind kontinuierliche Einschätzungen der Wirksamkeit der Bewältigungsversuche erforderlich, um Erfolge zu erreichen (vgl. ebd.).

Die Prozesse der primären und sekundären Einschätzung stehen nach Lazarus in einem Abhängigkeitsverhältnis (vgl. Lazarus 1995, S. 215). So können einerseits die mit der primären Bewertung empfundenen Gefühle verstärkt werden, wenn im Prozess der sekundären Bewertung keine effizienten Bewältigungsstrategien gefunden werden oder man zu der Überzeugung gelangt, nichts tun zu können (vgl. ebd.). Andererseits ändert sich bei einem gelungenen Bewältigungsprozess gleichzeitig auch die primäre Einschätzung des Ereignisses bzw. der Anforderung (vgl. ebd.).

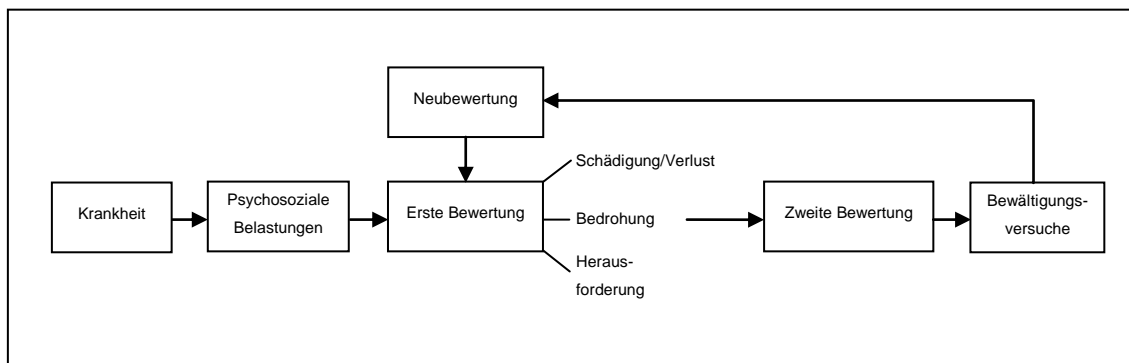


Abbildung 4: Bewältigung von chronischen Krankheiten: Determinanten der Bewältigungsprozesse (in Anlehnung an Petermann et al. 1987, S. 37)

Zusammenfassend wird im Hinblick auf das Thema dieser Arbeit noch einmal spezifisch erläutert, weshalb bestimmte Situationen von Menschen oft sehr unterschiedlich erlebt und damit auch bewältigt werden. In den meisten Fällen ergibt sich kein einheitliches Bewältigungsmuster, obwohl die Betroffenen mit ähnlichen Anforderungen konfrontiert werden. Begründet ist dies in der Tatsache, dass sich die meisten Stressoren, wie beispielsweise die Krebserkrankung eines Kindes, nicht direkt auswirken. Ihr Effekt hängt, so Zimbardo und Gerrig (1999, S. 370), „von anderen Bedingungen ab, die als Moderatorvariablen bezeichnet werden – als Variablen, die die Wirkung eines Stressors moderieren“. Zu diesen zählen die eben beschriebenen Aspekte von Lazarus: Zum einen die kognitive Bewertung des Stressors durch den Vater (ob die Krebserkrankung des Kindes als Schädigung/Verlust, Bedrohung oder Herausforderung wahrgenommen wird). Zum anderen hängt die Auswirkung der Stressoren davon ab, wie der

betroffene Vater die eigenen Möglichkeiten und Ressourcen einschätzt, die situations-spezifischen Anforderungen zu erfüllen und damit die Stresssituation zu bewältigen.

Lazarus geht in seinem stresstheoretischen Paradigma des Weiteren auf Funktionen des Bewältigungsverhaltens ein. Diese sollen im Folgenden dargestellt werden, bevor anschließend die von ihm vorgeschlagene Grobklassifikation von Bewältigungsstrategien ins Zentrum der Betrachtungen rückt.

5.3.1. Funktionen des Bewältigungsverhaltens

Lazarus beschreibt zwei wesentliche Funktionen von Bewältigungsverhalten: die problemzentrierte und die emotionsorientierte Funktion (vgl. Lazarus 1995, S. 216 ff.).

Die Funktion der *problemlösenden oder auch instrumentellen Strategien* liegt nach Lazarus vor allem darin, sich der Problemsituation zu stellen und diese zu verbessern, „indem man seine eigenen Aktionen darauf einstellt oder die bedrohliche Situation selbst verändert“ (ebd., S. 216). Der direkte Umgang mit dem Stressor ist in diesem Zusammenhang Voraussetzung (vgl. ebd.). „Man nimmt die Aufforderung zum Handeln an, beurteilt die Situation und die zur Bewältigung verfügbaren Ressourcen und reagiert in einer Form, die zur Beseitigung oder Verringerung der Bedrohung führt“ (Zimbardo & Gerrig 1999, S. 383). Damit muss man sich dem Stressor aktiv stellen. Nach Zimbardo und Gerrig eignen sich entsprechende Bewältigungsversuche, die die Lösung des Problems anstreben, bei der Bewältigung kontrollierbarer Stressoren (vgl. ebd.).

Demgegenüber steht die Funktion der *Selbstregulation negativer emotionaler Zustände*, welche vor allem bei Stressoren sinnvoll ist, deren Auswirkungen nicht unter Kontrolle zu bringen sind (vgl. ebd.). Lazarus definiert die Funktion solcher Bewältigungsstrategien hinsichtlich der „Veränderung der physischen und erlebnismäßigen Komponenten der durch den Stress erzeugten Emotionen selbst“ (Lazarus 1995, S. 216 f.) mit dem Ziel, diese unter Kontrolle zu bringen und damit Wohlbefinden und soziale Funktionen vor Beeinträchtigungen zu schützen (z.B. Verleugnung, Vermeidung negativer Gedanken, Einnahme von Alkohol oder Tabletten) (vgl. ebd.).

Beide Funktionen stehen in einem paradoxen Verhältnis zueinander. Zum einen können sie sich gegenseitig beeinträchtigen oder stören, wenn beispielsweise die lindernde emotionsorientierte Funktion verhindert, dass man sich aktiv mit dem Problem auseinandersetzt und dieses versucht zu beseitigen (vgl. ebd., S. 217). Gleichzeitig vermögen sie es auch, sich eine gegenseitige Stütze zu sein, um die optimale Form der Bewältigung zu realisieren (vgl. ebd.). Lazarus bringt an dieser Stelle das Beispiel einer Prüfungssituation, in der man zur Entlastung eine Beruhigungstablette nimmt und so durch Verringerung der zu großen Nervosität bessere Leistungen erbringen kann. Bezugnehmend auf Väter krebskranker Kinder ließe sich beispielsweise das kontrollierte Einnehmen von Beruhigungstabletten als hilfreiche Maßnahme definieren, wenn dadurch ein aktiver Umgang mit dem Stressor möglich wird und damit ein etwaiger Zusammenbruch unter der Belastung vermieden werden kann. Führt die Tablette jedoch zu einer völligen Vermeidung der Auseinandersetzung mit der Situation, so würde das Bewältigungsverhalten beeinträchtigt. Im stresstheoretischen Paradigma wird dieser Zustand als „Fehlanpassung“ bezeichnet (ebd.).

5.3.2. Bewältigungsstrategien

„Stressbewältigung – auch im Deutschen ist dafür der Ausdruck „Coping“ gebräuchlich – bezieht sich auf den Versuch, den inneren oder äußeren Anforderungen, die als belastend oder überfordernd empfunden werden, so zu begegnen, dass negative Konsequenzen vermieden werden“

(Lazarus & Folkman 1984, zit. nach Zimbardo & Gerrig 1999, S. 383).

Nach dem Ansatz von Lazarus beginnt die Bewältigung, wie bereits deutlich wurde, dann, wenn durch die primäre Einschätzung eine Transaktion als stressreich bewertet wird. Inwiefern sich diese stressreiche Situation letztendlich auswirkt, steht in einem engen Zusammenhang mit den jeweilig eingesetzten Bewältigungsstrategien (vgl. Lazarus 1995, S. 216). Lazarus schenkt diesen in seinen Ausführungen deshalb besondere Beachtung und schlägt dabei eine Grobklassifikation aus vier Bewältigungsformen vor (vgl. ebd., S. 216 ff.):

- Informationssuche
- direkte Aktion
- Aktionshemmung
- Intrapsychische Prozesse

Hiermit arbeitet Lazarus Formen der Bewältigung heraus, „von denen jede sowohl problemlösende wie emotionsregulierende Funktionen erfüllt, jede sich auf die eigene Person wie die Umwelt beziehen kann und jede sowohl auf augenblickliche oder vergangene Ereignisse (Schädigung/Verlust) wie auf künftige Ereignisse (Bedrohung/Herausforderung) gerichtet ist“ (ebd., S. 218).

Durch die sogenannte *Informationssuche* werden jene Merkmale einer stressreichen Situation durch die betroffene Person herausgefiltert, die diese braucht, um bestimmte Bewältigungsstrategien zu wählen bzw. die Anforderung gegebenenfalls neu zu bewerten. Dennoch spricht Lazarus auch davon, dass es nicht immer notwendig sein muss, „alles zu wissen“. Auch Unwissenheit in bestimmten Bereichen kann dem Prozess der Bewältigung durchaus dienlich sein, wenn dadurch Hoffnung und Wohlbefinden aufrechterhalten werden können.

Unter die Strategie der *direkten Aktion* fasst der Stresstheoretiker alle Aktivitäten (ausgenommen kognitive) zusammen, „mittels derer eine Person stressvolle Situationen in den Griff zu bekommen versucht“ (ebd., S. 219). Zur Veranschaulichung führt er Beispiele wie das Ausleben von Ärger, die Suche nach Revanche, Flucht, Selbstmord, Einnahme von Tabletten, Stürzen in Arbeit u.a. auf. Die Bewältigung mittels solcher Aktionen kann sowohl auf vergangenes Leid oder Unrecht als auch auf künftige Gefahren ausgerichtet sein und dient in erster Linie einer „Verbesserung der stressreichen Person-Umwelt-Beziehung“ (ebd.).

Auch die *Aktionshemmung* wird im stresstheoretischen Paradigma zu den Bewältigungsformen gezählt, selbst wenn diese mit Inaktivität verbunden ist. Aktionshemmung erlangt vor allem dann Bedeutung, wenn es darum geht Handlungsimpulse zu unterdrücken, welche Schaden anrichten würden. Demzufolge ist nach Lazarus „die Entschei-

derung für bestimmte Handlungen nur möglich, wenn starke Handlungsimpulse (wie bei Ärger oder Wut) zugunsten anderer Handlungsziele unterdrückt werden können“ (ebd., S. 220).

Während bei der direkten Aktion alle kognitiven Aspekte außenvorgelassen werden, spielen sie bei *intrapsychischen Bewältigungsformen* eine zentrale Rolle. Sie dienen meist dazu „das Wohlbefinden der Person (zu) steigern und die emotionale Belastung (zu) reduzieren oder (zu) minimieren“ (ebd.), wodurch sie in ihrer Funktion emotionsorientiert sind. Lazarus zählt hierzu beispielsweise die Mechanismen der Selbsttäuschung, Vermeidung und Versuche der Distanzierung von einer Bedrohung. Auch Abwehrmechanismen, wie sie Anna Freud bereits 1936 beschrieb, lassen sich intrapsychischen Bewältigungsformen zuordnen (z.B. Verdrängung, Isolierung, Projektion). Diese Strategien sind sowohl im Zusammenhang mit vergangenen als auch mit künftigen Ereignissen von Bedeutung. Außerdem können sie auf die eigene Person wie auf die Umwelt bezogen werden.

5.4. Theorie der Ressourcenerhaltung nach Hobfoll

In der Theorie der Ressourcenerhaltung (auch unter COR – „Conservation of Resources Theory“ bekannt) wird der von Lazarus aufgegriffene Aspekt der Ressourcen in Verbindung mit Stress noch detaillierter und in weiteren Zusammenhängen beleuchtet. Während Lazarus vor allem die kognitive Bewertung und damit die individuelle, subjektive Wahrnehmung der auftretenden Anforderungen betont, wird in diesem stress-theoretischen Modell die Ursache für die Art der Bewertung in den vorhandenen bzw. nicht vorhandenen Ressourcen des Individuums gesehen und damit neben den subjektiven auch objektive Gegebenheiten ins Spiel gebracht (vgl. Hobfoll & Buchwald 2004, S. 11). Hobfoll begründet dies unter anderem damit, dass „durch eine Fokussierung auf die individuelle Wahrnehmung ohne Berücksichtigung der objektiven Umgebung stresshafte Umwelanforderungen unbemerkt bleiben (können)“ (ebd., S. 12). Hierbei bezieht er sich beispielsweise auf Anforderungen, die aufgrund eines „großen Ressourcenpools“ (ebd.) des betroffenen Individuums von diesem ohne Weiteres bewältigt und somit nicht als stressreich erlebt werden.

Nach der Theorie der Ressourcenerhaltung sind Ressourcen „das einzige Element, das man benötigt, um Stress zu verstehen“ (ebd., S. 13). Demnach erklärt Hobfoll die Ursache von Stress als „eine Reaktion auf die Umwelt, in der

- a) der Verlust von Ressourcen droht
- b) der tatsächliche Verlust von Ressourcen eintritt oder
- c) der adäquate Zugewinn von Ressourcen nach einer Ressourceninvestition versagt bleibt“ (ebd.).

Entsprechende Ressourcenveränderungen, die metaphorisch auch als „Schlüssel zu Stress“ (ebd., S. 11) bezeichnet werden, werden beispielsweise durch kritische Lebensereignisse, wie die Krebserkrankung eines Kindes, hervorgerufen. Wie dabei ersichtlich wird, spielt der (drohende) Verlust von Ressourcen bei der Entstehung von Stress eine größere Rolle als Ressourcengewinne. Dies spiegelt sich auch in den zwei Prinzipien der COR-Theorie wider. So besagt Prinzip eins, „dass bei gleichem Ausmaß an Ressourcenverlusten und -gewinnen die Verluste die stärkeren Auswirkungen haben“ (ebd., S. 14). Prinzip zwei „beruht auf der Annahme, dass Menschen Ressourcen investieren wollen, um sich vor Verlusten zu schützen, von Verlusten zu erholen und um neue Ressourcen hinzuzugewinnen“ (ebd.).

Hobfoll zieht aus diesen beiden Prinzipien für die Stress- und Bewältigungsforschung weitere wichtige Schlussfolgerungen, die auch für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind. So geht er davon aus, dass Menschen, die über viele Ressourcen verfügen, diese eher gewinnbringend einsetzen können und dadurch auch Verluste weniger Stress herbeiführen (vgl. ebd., S. 15). Gleichzeitig sind Individuen mit weniger Ressourcen anfälliger gegenüber Ressourcenverlusten, zudem sie weniger Möglichkeiten haben, Ressourcen gewinnbringend zu nutzen (vgl. ebd.). In diesem Fall kann sich der Stressfaktor deutlich erhöhen. Der ressourcentheoretische Ansatz beschreibt diesen Zusammenhang anhand eines spiralförmigen Zyklus, „bei dem das System mit jedem Verlust anfälliger und verletzlicher wird und das Individuum im Zuge dieser Verlustspirale daran hindert, anstehende stressreiche Probleme zu bewältigen“ (ebd.). Menschen mit vielen Ressourcen hingegen können durch das Investieren vorhandener Ressourcen

Gewinnspiralen entwickeln, wodurch sie stressreichen Problemen mit mehr Widerstandskraft begegnen (vgl. ebd.).

Hobfoll nimmt in der Theorie der Ressourcenerhaltung folgende *Klassifikation von Ressourcen* vor (vgl. ebd., S.15 f.):

Während *Objektressourcen* (z.B. Auto, Haus, Kleidung) „physischer Natur“ (ebd.) sind und über äußerliche, materielle Werte definiert werden, spezifizieren *Bedingungsressourcen* „die Lage einer Person, z.B. in Bezug auf Familienstand, Alter, Gesundheit oder berufliche Position“ (ebd.). Zu den *Persönlichen Ressourcen* zählen Eigenschaften und Fähigkeiten einer Person. Dabei können nach Hobfoll beispielsweise „Variablen wie Selbstwirksamkeit oder Optimismus die [...] Stressresistenz beeinflussen“ (ebd.). Einen besonderen Einfluss auf die Art und Weise der Stressbewältigung nehmen des Weiteren sogenannte *Energieressourcen*, die vor allem beim Erwerb neuer Ressourcen von großer Bedeutung sein können (z.B. Zeit, Geld, Wissen).

Im Zusammenhang der Arten von Ressourcen wird folgend ein weiterer Aspekt genannt, der im kognitiv transaktionalen Modell von Lazarus kaum diskutiert wird, bei der Analyse von Bewältigungsverhalten jedoch eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt – die Betrachtung des Individuums während des Bewältigungsprozesses im Kontext seines sozialen Umfeldes (vgl. ebd., S. 12/16). „Dementsprechend bezieht die COR-Theorie nicht nur individuelle Ressourcen und individuelles Ressourcenmanagement mit ein, sondern auch Überlegungen zu gemeinsamen Ressourcen, Ressourcentransfer und gemeinsamer Stressbewältigung.“ (ebd., S. 12 f.).

Hobfoll hat zum Themengebiet der gemeinsamen Stressbewältigung ein weiteres ausführliches stresstheoretisches Modell publiziert (Das multiaxiale Copingmodell, Hobfoll 1994), dessen Auseinandersetzung den Rahmen dieser Arbeit jedoch überstrapazieren würde. Um diesen Aspekt dennoch nicht ganz zu vernachlässigen, soll im Folgenden noch einmal gesondert auf die Bedeutung sozialer Unterstützung während des Bewältigungsprozesses eingegangen werden.

Unter „Sozialer Unterstützung“ werden Ressourcen verstanden, die Menschen in stressreichen Situationen „von anderen bereitgestellt werden und die die Botschaft vermitteln, dass man geliebt, umsorgt und geschätzt wird und mit anderen Menschen in einem Netz aus Kommunikation und gegenseitiger Verpflichtung verbunden ist“ (Cobb 1967; Cohen & Syme 1985, zit. nach Zimbardo & Gerrig 1999, S. 386). Neben emotionaler Unterstützung zählen auch konkrete Handlungen wie Ratschläge, Informationsbeschaffung und -vermittlung oder persönliches Feedback etc. zu Formen sozialer Unterstützung (vgl. ebd.). Es gibt zahlreiche Untersuchungen, welche belegen, dass ein ausgebautes soziales Unterstützungsnetz die Anfälligkeit gegenüber Stress merklich verringert (vgl. Cohen & McKay 1983, zit. nach ebd.) sowie den Bewältigungsprozess kritischer Lebensereignisse, wie der Krebserkrankung eines Kindes, fördern und begünstigen (Gottlieb 1981, Pilisuk & Parks 1986, zit. nach ebd.). Demnach sind auch *soziale Ressourcen* bei der Stressbewältigung von enormer Bedeutung.

5.5. Belastungsbewältigung nach Lehr und Thomaе

Lehr und Thomaе haben aus jahrelangen, zahlreichen Untersuchungen ein Klassifikationssystem von Reaktionsformen erarbeitet, welche bei der Bewältigung von belastenden Situationen bei den teilnehmenden Probanden beständig dominierten. Die von Lehr und Thomaе erarbeiteten Reaktionsformen sind zum einen einem allgemeinen psychischen Anpassungssystem zuzuordnen, „das in seinen Grundzügen schon früh in der Entwicklung ausgebildet wird“ (ebd. 1991, S.160). Zum anderen ließen sich auch situationsspezifische bzw. personenspezifische Reaktionsformen erkennen, die das allgemeine Anpassungssystem ergänzen und teilweise ersetzen (vgl. ebd., S. 166).

Im Folgenden werden spezifische Bewältigungsformen vorgestellt, die diesen beiden Hauptgruppen untergeordnet sind. Zunächst sei jedoch noch eine Anmerkung hinsichtlich einer Besonderheit im Vergleich zu den vorangehenden Modellen gemacht. Lehr und Thomaе distanzieren sich in ihren Ausführungen von der allgemein üblichen Verwendung des Begriffes „Bewältigungsstrategie“. Man könne den Prozess der Bewältigung von Krisensituationen nicht mit der „Planung militärischer Aktionen“ vergleichen (ebd., S. 139). Begründet sehen sie dies in den Tatsachen, dass Reaktionen auf

Belastungen „nicht immer rational geplante Handlungen“ (ebd.) sind, häufig nicht einem „willentlich gesteuerten Prozess“ (ebd., S. 141) unterliegen und zudem menschliches Verhalten nicht immer bewusst und kontrolliert abläuft (vgl. ebd., S. 140). Folglich wird nicht von Strategien, sondern von „Reaktions- bzw. Bewältigungsformen“ gesprochen.

5.5.1. Das allgemeine psychische Anpassungssystem

Das sogenannte „allgemeine psychische Anpassungssystem“ besteht nach Lehr und Thomae sowohl aus praktischen Lösungsversuchen als auch aus psychischen Verarbeitungsweisen (vgl. ebd., S. 165 ff.). Zu den praktischen Lösungsversuchen zählen neben Leistung auch verschiedene Varianten von Anpassung sowie der Einbezug sozialer Stützsysteme. Unter psychischen Verarbeitungsweisen werden das „Akzeptieren der Situation“ und die „positive Deutung“ verstanden. Diese Kombination aus äußerlichem Handeln und innerpsychischer Verarbeitung scheint, so Lehr und Thomae, die „Grundvoraussetzung für die „Bewältigung“ von Belastungen und Krisen (...) zu sein“ (ebd., S. 183), wobei die konkrete Umsetzung je nach Situation und Person sehr individuell geprägt ist (vgl. ebd., S. 166). Nachstehend werden die einzelnen Komponenten des allgemeinen Anpassungssystems dargestellt:

Leistungsorientiertes Verhalten

In Anlehnung an die Definition von Leistung des Forschers Murray (1938) werden leistungsorientiertem Verhalten „alle Reaktionsformen (...) (zugeordnet), die mit Anstrengung, Müheaufwand, Energieeinsatz verbunden sind“ (ebd., S. 167). Das damit einhergehende Bemühen, kritische Situationen erfolgreich zu meistern, ist nach Lehr und Thomae die „in den unterschiedlichsten Lebenslagen (...) am häufigsten eingesetzte Reaktionsart“ (Thomae 1988, zit. nach ebd.). Dabei lässt sich zwischen mindestens drei Arten leistungsbezogenen Verhaltens differenzieren (ebd., S. 167 f.):

- Leistung als körperliche und/oder geistige Anstrengung

- Kognitive Leistung (erhöhte Aufmerksamkeit, intensives Nachdenken, Versuche zur Informationsgewinnung und Informationsspeicherung)
- Direktive Leistung (Steuerung des eigenen oder fremden Verhaltens im Sinne der Erfüllung einer Aufgabe oder der Erreichung eines Zieles trotz Ermüdung, Ablenkung oder sonstiger Störfaktoren)

Anpassung an die institutionellen Aspekte der Situation

Hierunter werden Versuche der Problemlösung gefasst, welche mit personunabhängigen Aspekten der Situation in Verbindung stehen (vgl. ebd.). Dies beinhaltet einerseits unveränderbare Komponenten des Problems an sich, aber ebenso alle feststehenden sozialen Normen, Traditionen und Regelungen einer Gesellschaft, wobei die Anerkennung dieser Unveränderbarkeit der Kern dieser Reaktionsform ist (vgl. ebd., S. 168 f.).

Gleichzeitig impliziert die Anpassung an institutionelle Aspekte der Situation auch Lösungsversuche, zu denen man feste sachliche und/oder soziale Ordnungen hinzuzieht (vgl. ebd., S. 170). Dazu zählt beispielsweise „die Nutzung bzw. Inanspruchnahme von staatlichen, kirchlichen, kommunalen oder in privater Trägerschaft befindlichen Einrichtungen, die bei der Lösung eines Problems helfen können“ (ebd., S.168). Um die möglichen Unterstützungsleistungen wie finanzielle Hilfen, fallspezifische Beratung etc. jedoch wahrnehmen zu können, bedarf es außerdem eines hohen Maßes an Informationsaufnahme und Verwertung durch die betreffende/n Person/en (vgl. ebd., S. 170).

Anpassung an die Eigenheiten und Bedürfnisse anderer

Ziel dieser Art der Anpassung ist nach Lehr und Thomae „eine möglichst große Übereinstimmung zwischen bestimmten eigenen Verhaltensweisen und den offenkundigen oder vermuteten Erwartungen anderer an dieses Verhalten herzustellen“ (ebd., S. 171). Diese „mitmenschliche Anpassung“ (ebd.) kann in spezifischen Situationen auch mit dem Verzicht auf eigene Wünsche und Vorstellungen einhergehen.

Stiftung und Pflege sozialer Kontakte

Auch die Kontaktaufnahme zu Mitmenschen sowie die Pflege der vorhandenen Bindungen werden in diesem Modell als Reaktionsformen auf Belastungen definiert. So kann mitmenschlicher Kontakt nicht nur als ein Grundbedürfnis, sondern auch als wichtiges Hilfsmittel zum psychischen Überleben verstanden werden (vgl. ebd., S. 174). Inbegriffen ist dabei ebenso das Bedürfnis des Menschen nach gegenseitigem Austausch (vgl. ebd.).

Akzeptieren der Situation

Krisenhafte Situationen sind nicht stets mit praktischen Lösungsversuchen, wie sie bis jetzt beschrieben wurden, zu bewältigen. Oft hat auch eine intrapsychische Verarbeitung für den Bewältigungsprozess eine wichtige Bedeutung. Dazu zählt nach Lehr und Thomaе unter anderem das Akzeptieren der Situation. Ist es nicht möglich, Probleme zu überwinden, so kann daraus die Notwendigkeit erwachsen, die vorliegende Situation zu akzeptieren. Leichter fällt dies, wenn deutlich wird, dass andere Menschen mit ähnlichen Belastungen konfrontiert sind (vgl. ebd., S. 159) bzw. es anderen „Betroffenen (...) noch weit schlechter geht als (einem) selbst“ (ebd., S. 175). Lehr und Thomaе betonen, dass die Reaktionsform des Akzeptierens der Situation „kein dumpfes, apathisches Hinnehmen (ist), sondern Ergebnis einer inneren Verarbeitung, einer kognitiven Umstrukturierung der Situation, die ein gewisses Maß an Offenheit und Flexibilität voraussetzt“ (ebd., S. 159).

Positive Deutung

Nach Graumann (1966, zit. nach Lehr und Thomaе 1991, S. 178) „stellt die positive Deutung eine Variante der Akzentuierung, des Hervorhebens bestimmter Seiten und der geringeren Beachtung anderer dar“. Dabei werden vor allem positive Aspekte der Situation betont, während negative eher in den Hintergrund rücken (vgl. ebd., S. 141), sodass am Ende die eigentlich belastende Situation im Großen und Ganzen als positiv bewertet wird. Die schlechten Erfahrungen unterliegen in diesem Zusammenhang keiner

Verdrängung. Sie werden stattdessen gegen die guten Erfahrungen abgewogen „und verlieren dadurch einiges von ihrem Gewicht“ (ebd., S. 179). Hierbei kann der Vergleich sowohl innerhalb der eigenen Erfahrung stattfinden (z.B. mit Krankheitsphasen, in denen es dem erkrankten Kind weitaus schlechter ging), als auch in Bezug zu ähnlich belasteten Mitmenschen gesetzt werden (z.B. mit Kindern, welche weitaus geringere Überlebenschancen als das eigene haben) (vgl. ebd., S. 183). Dieser psychische Vorgang läuft, so Lehr und Thomae, nicht willentlich oder rational ab, was die anfangs erwähnte Meinung nochmals bestärkt, dass man hier nicht von Strategien der Bewältigung sprechen kann.

Dieses eben beschriebene allgemeine psychische Anpassungssystem mit all seinen Komponenten bedarf zur Bewältigung bestimmter krisenhafter Situationen einer „Ergänzung durch stärker situationsspezifische praktische und intrapsychische Lösungsversuche (ebd., S. 184). Diese werden im Folgenden erläutert.

5.5.2. Situationsspezifische Reaktionsformen

Wie beim allgemeinen psychischen Anpassungssystem lassen sich auch die situationspezifischen Reaktionsformen in praktische Lösungsversuche sowie psychische Verarbeitungsprozesse gliedern. Praktische Lösungsversuche sind nach Lehr und Thomae (1991, S. 185 ff.) das Aufgreifen von Chancen, Bitte um Hilfe und die Reaktionsform des Widerstandes. Unter psychischen Verarbeitungsprozessen werden Hoffnung und die Korrektur von Erwartungen gefasst (vgl. ebd.). Reaktionsformen wie das Sichverlassen auf andere und das Zurückstellen eigener Bedürfnisse stellen eine Verbindung zwischen praktischen und psychischen Lösungsversuchen dar (vgl. ebd.).

Aufgreifen von Chancen

Diese Reaktionsform beinhaltet nach Lehr und Thomae eine aktive Auseinandersetzung mit bestehenden Problemen. Voraussetzung ist jedoch, dass Chancen, die zur Problemlösung bzw. Bewältigung förderlich sind, überhaupt bestehen, man diese erkennt und zudem auch Möglichkeiten hat, diese wahrzunehmen.

Bitte um Hilfe

Bei dem Aspekt des Bittens um Hilfe kommt bei Versuchen mit krisenhaften Situationen umzugehen besonders die „Bedeutung familiärer und außerfamiliärer sozialer Netzwerke“ zum Tragen, wenn diese in die Problemlösung einbezogen werden (ebd., S. 186). Dabei besteht die Möglichkeit, sich sowohl an natürliche Personen, Gruppen und Institutionen als auch an übernatürliche Wesen zu wenden (vgl. ebd.).

Widerstand

Das Verhalten, sich Anordnungen, Hinweisen oder Ratschlägen zu verweigern, welche durch Autoritätspersonen oder beispielsweise auch durch traditionelle Wege gegeben sind (z.B. in Form standardisierter Behandlungsmethoden der „Schulmedizin“), bezeichnen Lehr und Thomae als Widerstand. Diese Reaktionsform kann über spezifische belastende Situationen hinweghelfen, zugleich aber auch Schaden anrichten.

Hoffnung

Lehr und Thomae definieren Hoffnung einerseits als einen „auf die Veränderung einer unbefriedigenden bzw. bedrohenden Situation gerichtete(n) Erwartungsaffekt“, andererseits als „innige Verbindung von Wunsch und Erwartung in Bezug auf die Beibehaltung eines positiv erlebten, erfüllten Zustandes“ (ebd., S. 194). Gleichzeitig berufen sie sich bei dieser Reaktionsform auf den Stresstheoretiker Lazarus, welcher den Aspekt der Hoffnung auch in seinem Modell der Belastungsbewältigung aufgreift. So sieht Lazarus (1980, zit. nach Lehr und Thomae 1991, S. 194) Hoffnung „als besonders hilfreich in allen Situationen an, in denen die eigenen Möglichkeiten des Handelnden oder Leidenden nicht ausreichen, um die gewünschte Veränderung (...) zu bewirken“. Besonders bei der Bewältigung bedrohlicher Situationen gewinnt das Prinzip Hoffnung an Bedeutung (vgl. ebd.).

Korrektur von Erwartungen

Der Korrektur von Erwartungen geht zunächst immer eine gewisse Frustration voraus (vgl. ebd., S. 196). Um mit dieser Frustration umgehen zu können und Resignation zu vermeiden, ist es in spezifischen Situationen notwendig, eigene Erwartungshaltungen zu überdenken und gegebenenfalls zu korrigieren (vgl. ebd.). Lehr und Thomae sehen diese Reaktionsform vor allem im Umgang mit einer schweren Erkrankung als relevant an, da beispielsweise zu hohe Erwartungen an einen optimalen Krankheitsverlauf immer wieder zu Enttäuschungen führen können, was sich wiederum auf den Prozess der Bewältigung der Krankheit auswirkt (vgl. ebd., S. 197).

Selbstbehauptung

Unter dem Aspekt der Selbstbehauptung werden durch Lehr und Thomae „primär jene Reaktionsweisen zusammengefasst, welche auf die Verteidigung oder Wiederherstellung von Selbstachtung gerichtet sind“ (ebd., S. 198). Diese Reaktionsform bezieht sich auf sehr spezifische Situationen, in denen die Qualität und Stabilität des eigenen Selbstbildes gefährdet sind und dadurch Bemühungen, dieses wieder herzustellen, bei der Bewältigung belastender Umstände notwendig werden (vgl. ebd.). Inwieweit die zur Verteidigung angebrachten Argumente real oder logisch sind, ist nicht immer ausschlaggebend, sofern sie in psychologischer Hinsicht ihr Ziel erfüllen (vgl. ebd.).

Aggression/Kritik

Um Situationen zu bewältigen, welche eine große Unzufriedenheit auslösen, kann die „Entlastungsreaktion“ (ebd., S. 203) der Aggression bzw. Kritik von Bedeutung sein. Dabei ist Kritik, als verbaler Angriff, die häufigste Art der Aggression in unserer Gesellschaft (vgl. ebd., S. 201). Hinzu kommt die physische Aggression. Beide Formen der Aggression verfügen über lindernde Funktionen, können jedoch auch bestehende Probleme noch vermehren (vgl. ebd.). Kritik ist oft verbunden mit dem Wunsch nach Veränderung, sodass diese auch sehr konstruktiv und förderlich sein kann. Eine weitere

Reaktionsform, welche Lehr und Thomaе in diesem Zusammenhang erwähnen, ist die Selbstkritik (vgl. ebd., S. 203).

Sichverlassen auf andere

Nach Erikson (1950, zit. nach Lehr und Thomaе 1991, S. 203) stellt „das Vertrauen auf andere (...) die Grundlage einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung“ dar. Demnach beruht diese Art der Reaktion auf kritische Lebensereignisse „auf dem Glauben oder der Gewissheit, sich auf eine oder mehrere andere Person(en), eine oder mehrere Gruppen, Institutionen oder übernatürliche Wesenheiten für die Lösung eines Problems (...) oder die Linderung (...) einer Not verlassen zu können“ (ebd., S. 204).

Zurückstellen eigener Bedürfnisse

Der Verzicht bzw. das Zurückstellen eigener Bedürfnisse und Wünsche zur Lösung bestimmter Probleme erfolgt meist „entweder zugunsten anderer oder zugunsten weiter gesteckter Ziele“ (ebd., S. 208). Somit muss diese Reaktionsform nicht immer selbstlos und uneigennützig sein, wenn damit dem Vorhaben, fernere Ziele zu erreichen, gedient wird (vgl. ebd.).

5.5.3. Emotionale und evasive Reaktionen

Die eben beschriebenen Komponenten des allgemeinen psychischen Anpassungssystems sowie der situationsspezifischen Reaktionsformen werden zu den adaptiven Reaktionen des Umgangs mit Belastungen gezählt. Nichtadaptive, wie beispielsweise evasive (ausweichende) Reaktionen, werden hingegen „in der Stress- und Copingforschung im Allgemeinen nicht oder nur teilweise berücksichtigt, da diese (...) von der Annahme einer quasi universalen „Bewältigungskompetenz“ des Menschen ausgeht“, so Lehr und Thomaе (1991, S. 209 f.). Folglich wird der Begriff „Strategie“ im Zusammenhang mit Bewältigung, wie bereits erwähnt, meist selbstverständlich verwendet, obwohl dieser „suggeriert, dass mit Vernunft und Planung alles zu meistern sei“ (ebd., S. 210). Doch auch die Rolle nicht strategischer, emotionaler Reaktionen wie Niedergeschlagenheit,

Verzweiflung, Wut, Stimmungsschwankungen, Ängste, Scham, Schuld, Minderwertigkeit, Mutlosigkeit, Traurigkeit etc. oder evasiver Reaktionen in Form von Wahrnehmungsabwehr, Leugnung und Umdeutung des Sachverhalts, darf nach Lehr und Thømae bei der Betrachtung von Bewältigungsverhalten nicht außer Acht gelassen werden (vgl. ebd., S. 211 f.). Je nach vorliegender Belastungssituation ist das Vorkommen aktiver, problemlösender bzw. ausweichender, problemvermeidender Bewältigungsformen unterschiedlich stark ausgeprägt (vgl. ebd.).

5.6. Prinzipien männlicher Bewältigung nach Böhnisch und Winter

„Für den Mann ist sein Inneres eine gefährliche Zone. Er betritt sie nur ungern. Für ihn stellt sie ein Minenfeld dar. Und jeden Moment kann er auf eine Gefühlsmine treten, die seine männliche Identität zerfetzt. (...) Die Sphäre des Mannes ist (...) die Außenwelt. Da fühlt er sich wohl.“

(Schwanitz 2001, S. 100)

Werden Männer in ihrem Leben mit kritischen Lebensereignissen konfrontiert, so bricht die in dem Zitat angesprochene sichere Außenwelt häufig zusammen (vgl. Böhnisch 2004, S. 194). Zur Bewältigung werden vor allem nach innen gerichtete Kompetenzen erforderlich, welche aber „aufgrund der Außenfixierung bisheriger Sozialisation bei Männern oft nicht vorhanden sind“ (Böhnisch & Winter 1994, S. 150). Aus diesem nach außen gerichteten Sozialisationsprozess resultiert nach Böhnisch und Winter schließlich das „Unvermögen, sich mit dem eigenen männlichen Selbst auseinanderzusetzen zu können“ (ebd.) sowie die „Unfähigkeit, (...) mit seiner eigenen Hilflosigkeit umzugehen, sie sich einzugestehen und auszudrücken“ (2004, S. 194). Die Konsequenz ist häufig eine Überforderung im Bewältigungsprozess belastender Lebensereignisse, da „die männliche Rollenoberflächlichkeit und –hülle in solchen Situationen nicht mehr (schützt)“ (Böhnisch & Winter 1994, S. 150).

Böhnisch und Winter beschreiben typische männliche Bewältigungsmuster in Form von Prinzipien, welche die „Befindlichkeit“ und „Betroffenheit“ von Männern signalisieren

(ebd., S. 128 ff.). Diese kommen vor allem in kritischen Lebenssituationen zum Tragen (vgl. Böhnisch 2004, S. 192).

Das *Prinzip der Externalisierung* bzw. der Außenorientierung wird als „das wesentliche Strukturmerkmal männlicher Sozialisation“ bezeichnet und ist allen anderen Bewältigungsprinzipien übergeordnet (Böhnisch & Winter 1994, S. 129). Es gilt als „Ausdruck für einen Mangel an Bindungen und Verbindungen zu sich selbst, zu individuellen Anteilen und zur eigenen Geschichte sowie zu anderen Personen“ (ebd.). Männern wird untersagt, sich mit ihrem Inneren auseinanderzusetzen, denn es besteht immer die Gefahr: „Wenn Du Dich mit Dir selbst beschäftigst, merkst Du, wie schlecht es Dir geht“ (ebd.). Daraus resultiert auch die Tatsache, dass Männer sich häufig nicht über ihr eigenes Befinden äußern, denn „‘negative‘ Gefühle (Angst, Scham, Trauer) zu zeigen heißt auch, Schwäche zu zeigen und Schwäche gilt traditionell als unmännlich“ (ebd.).

Mit dem Prinzip der Externalisierung geht auch das *Prinzip der Rationalität* einher. Während innere, emotionale Bereiche abgewertet werden, erfahren äußere Bereiche eine Überbewertung, sodass meist „der Verstand, die Wissenschaftlichkeit, die Logik und das Machbare“ das Denken und Fühlen vieler Männer dominieren (ebd., S. 131).

Das *Prinzip der Gewalt* beinhaltet nicht nur einen Stärke- und Konkurrenzzwang von Männern untereinander (vgl. ebd., S. 130). In Form von Unterdrückung der eigenen Emotionalität richten Männer Gewalt auch gegen sich selbst (vgl. ebd.). In diesem Zusammenhang kommt auch das *Prinzip der Kontrolle* zum Tragen, welches dazu dient, die stets gefährdete innere Balance des Mannes aufrechtzuerhalten und unter keinen Umständen die Kontrolle über das eigene Selbst und die eigenen Gefühle zu verlieren (vgl. ebd., S. 132).

Aus den Prinzipien Externalisierung, Rationalität, Gewalt und Kontrolle resultieren drei weitere Bewältigungsprinzipien, welche die Auswirkungen des „Zugangsverbotes nach Innen“ verdeutlichen.

So kommt es durch die gewaltsame und kontrollierte Unterdrückung eigener Emotionen zu einer Sprachlosigkeit, die sich im *Prinzip der Stummheit* äußert (vgl. ebd., S. 130). „Was ist? - Nichts!“ – Auch wenn Männer viel reden, schweigen sie doch häufig über Dinge, die sie bewegen und ihnen nahe gehen (vgl. ebd.). Der Bezug zum eigenen Selbst geht meist bereits im männlichen Sozialisationsprozess verloren (vgl. ebd.). Das Sprichwort „Männer verstehen sich auch ohne Worte“ scheint aus diesem Blickwinkel einen ironischen Beigeschmack zu erhalten.

Auch das *Prinzip des Alleinseins* impliziert den Aspekt der Sprachlosigkeit. Männer wollen meist mit Schwierigkeiten allein fertig werden und lehnen Unterstützung durch andere ab (vgl. ebd., S. 131). Böhnisch und Winter vergleichen in diesem Zusammenhang den Mann mit einem „lonesome cowboy“, welcher schweigt, alleine ist und sich selbst genügt.

Als letztes Prinzip wird das *Prinzip der Körperferne* aufgegriffen. Es geht einher mit dem Vernachlässigen des eigenen Körpers, was bei vielen Männern das Nicht-Wahrnehmen bzw. ein Ignorieren körperlicher Warnsignale zur Folge hat (vgl. ebd., S. 131). Nach Böhnisch und Winter führen „Jungen und Männer fast alle Hitlisten von körperlichen Erkrankungen“ an.

Fazit

In den Ausführungen von Böhnisch und Winter wird deutlich, dass männliche Bewältigung kritischer Lebensereignisse maßgeblich durch den Sozialisationsprozess geprägt ist. Die Art der Bewältigung ist abhängig davon, was Männer in ihrer eigenen Biografie bereits an Kompetenzen erworben haben, um mit Krisen und aus dem Gleichgewicht geratenen emotionalen Zuständen umgehen zu können (vgl. Böhnisch 2004, S. 200). Wenn durch belastende Situationen die „Selbstverständlichkeit des Mannseins berührt“ wird (Böhnisch & Winter 1994, S. 150), gibt es nach Böhnisch (2004) zwei Möglichkeiten der Bewältigung: entweder „das Problem für sich zu erkennen, darüber zu reden (und) in sozialen Beziehungen Unterstützung zu suchen“ oder es „bleibt ihm nur ein Abspalten seiner Hilflosigkeit“ (ebd., S. 200). Böhnisch und Winter betonen jedoch, dass diese Darstellung des männlichen Bewältigungsprozesses einen „idealtypisch(en)“

Charakter hat und sich die Prinzipien „in der sozialen Wirklichkeit verfließen und vermischen“ (1994, S. 129). Zudem lässt sich es mit Sicherheit nicht auf alle Männer verallgemeinern.

Keller (2002) greift die Darstellung von Böhnisch und Winter auf und setzt diese in Zusammenhang mit dem Thema „Männer und Trauer“. Da Frauen offensichtlicher trauern, wird oft versucht, „das Erfolgsraster (...) weiblich wahrgenommene(r) Trauer und Trauerverarbeitung auf männliche Trauer zu legen“ (ebd., Abs. 5). Anstatt die Unterschiede in männlicher und weiblicher Trauer anzunehmen, entsteht häufig ein Schubladen-Denken, welches sich in Vorurteilen des „Nicht-Zeigens“, „Nicht-Zulassens“ und „Verdrängens“ männlicher Trauer äußert (ebd., Abs. 19). Nach Keller ist die Begrifflichkeit der männlichen Trauer „ein Thema von Grenze und Entgrenzung“ zwischen der Außen- und der Innenwelt. Maßgebend für den eigenen männlichen Weg des Trauerns ist nicht, dass der Mann die Außenorientierung völlig auf- und sich in sein Innenleben hineinbegibt. Vielmehr geht es nach Keller darum, „begrenzte Zwischenräume (zu finden), in die er sich mit seinem Schmerz hineinbegeben darf“ (ebd., Abs. 22). Einen solchen „Zwischenraum“ kann für Männer beispielsweise die Arbeit darstellen, ein Ort, „wo Männer Halt in Strukturen finden und nicht bedroht sind, vom Chaos der Gefühle weggerissen zu werden“ (ebd., Abs. 24). Auch die Aufgabe, mit aller Kraft Sorge dafür zu tragen, dass nach einem kritischen Ereignis „das Familienleben überlebt“ können Männern Räume zum Ausleben ihrer „spezifischen Trauer“ bieten (ebd., Abs. 25 f.).

„Ich bin mir nicht sicher, wie es mir geht“ – diese Worte sind nach Keller typisch für den Beginn männlicher Trauer. Sie verdeutlichen den Aufbruch aus der Außenwelt „in Neuland der eigenen schmerzhaften Gefühlswelt“ (ebd., Abs. 28).

5.7. Zusammenfassung

Kapitel 5 beschäftigt sich mit einer Auswahl verschiedener Ansätze und Erklärungsmodelle zur Stress- und Belastungsbewältigung. Nachdem mit Filipp eine Definition kritischer Lebensereignisse gegeben wird, veranschaulicht das Krisenverarbeitungsmodell von Schuchardt unterschiedliche Phasen, welche bei dem Verarbeitungsprozess einer Krise von den Betroffenen durchlebt werden. Eine Kernaussage des Modells ist die Annahme, dass die gelingende Bewältigung einer Krise nur möglich ist, wenn man dem krisenauslösenden Ereignis nicht fortwährend mit Widerstand begegnet, sondern es schafft, damit zu leben. Da Väter als Teil einer Familie nicht nur einzeln betrachtet werden können, wird anschließend anhand stresstheoretischer Konzepte eine systemische Perspektive bei der Belastungsbewältigung eingenommen. Dabei wird ersichtlich, dass eine Krebserkrankung des Kindes auf dem höchsten Belastungsniveau einer Familie angesiedelt ist und damit sehr spezifische Bewältigungsformen notwendig werden. Inwiefern die Familie das Ereignis als stressreich empfindet, hängt nach Hill sowie McCubbin und Patterson davon ab, wie die Familie das Ereignis bewertet und mit welchen Bewältigungsressourcen sie ihm gegenübertritt. Auch Lazarus vertritt in seinem Modell die Annahme, dass das Stressempfinden von der eigenen Bewertung und den zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängt. Zudem zeigt er verschiedene Funktionen des Bewältigungsverhaltens sowie spezifische Bewältigungsstrategien auf. Der Aspekt der Ressourcen im Bewältigungsprozess wird von Hobfoll in der Ressourcentheorie vertiefend betrachtet, wodurch auch dieser Ansatz bei der Auseinandersetzung mit der Bewältigung von Vätern Bedeutung erhält. Neben einem breiten Spektrum an Reaktions- und Bewältigungsformen eröffnen Lehr und Thoma mit ihrer kontroversen Diskussion über die Verwendung des Begriffes „Strategie“ noch einmal eine andere Sichtweise auf den Prozess der Bewältigung. Typische männliche Bewältigungsmuster zeigen Böhnisch und Winter mit dem Modell der männlichen Lebensbewältigung auf. Dabei wird deutlich, dass Männer aufgrund eines nach außen gerichteten Sozialisationsprozesses bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse oft Schwierigkeiten haben, weil dabei vor allem nach innen gerichtete Kompetenzen erforderlich werden.

B: VON DER THEORIE ZUR EMPIRIE

6. Qualitative Sozialforschung

Die qualitative Sozialforschung stellt neben quantitativer Forschung eine Methode aus der empirischen Sozialwissenschaft dar. Entgegen der quantitativen („erklärenden“) Forschung werden bei qualitativen („verstehenden“) Erhebungen jedoch „weder Theorien noch Hypothesen überprüft, noch wird der Forschungsgegenstand in einzelne Variablen zerlegt“ (Schambach-Hardtke 2005, S. 18). Vielmehr zeichnet sich diese Methode durch eine offene Herangehensweise an den Untersuchungsgegenstand aus, um bei der Interpretation des gewonnenen Materials möglichst unbeeinflusst den Blick für neue theoretische Erkenntnisse zu bewahren (vgl. ebd.). Daraus ergibt sich auch der Anwendungsbereich qualitativer Sozialforschung und damit die Begründung, warum diese Methode für die vorliegende Forschungsarbeit gewählt wurde. So eignet sich qualitative Sozialforschung nach Schambach-Hardtke (2005, S. 19) besonders,

- „wenn sich das Erkenntnisinteresse auf ein bisher wenig erforschtes Phänomen richtet und es etwas Neues zu entdecken gilt (...),
- wenn Interaktionen und Handlungsprozesse gedeutet und Handlungsmuster von AkteurInnen anhand nichtstandardisierter Datenerhebungen gewonnen werden sollen (...) und/oder
- wenn Erkenntnisse über das soziale Verhalten gewonnen werden sollen, um daraus Strukturen und Zusammenhänge abzuleiten.“

Die Grundprämisse der Offenheit bedeutet jedoch nicht, sich völlig unwissend in den Forschungsgegenstand hineinzubegeben. Eine ausführliche Auseinandersetzung mit der zum Forschungsstand vorhandenen Fachliteratur, wie im ersten Teil dieser Arbeit gegeben, erweist sich als unabdingbar (vgl. ebd., S. 18).

Ein zentrales Merkmal qualitativer Sozialforschung ist die induktive Vorgehensweise, bei der ausgehend von Einzelfällen eine Verallgemeinerung auf größere Gruppen angestrebt wird, jedoch zunächst nicht oberstes Ziel darstellt (vgl. ebd., S. 19). Stattdessen

soll durch geringere Quantität eine höhere Qualität und Intensität der gewonnenen Daten erreicht und somit individuelle Wirklichkeit konstruiert und verstanden werden (vgl. Steinert & Thiele 2008, S.74). Resultierend aus dieser induktiven Vorgehensweise bietet qualitative Sozialforschung einen „Zugang zur Realität über subjektive Deutungen, (...), das subjektive Erleben und reaktive Verhalten von Menschen in bestimmten Lebensumfeldern und Systemen“ (Gahleitner 2005, S. 53). Qualitative Daten sind meist empirisch sehr reichhaltig und können einen tiefen Einblick in komplexe soziale Gegenstände bieten (vgl. Steinert & Thiele 2008, S. 38).

Diese vorausgegangene Darstellung der Methode der qualitativen Sozialforschung gibt Hinweise darauf, weshalb sich zur Erforschung der Situation der Väter krebskranker Kinder in dieser Arbeit eine qualitative Studie anbot. So stand dieser Themenbereich, wie bereits deutlich wurde, bisher kaum im Blickpunkt wissenschaftlichen Interesses. Zudem bietet diese Methode hinsichtlich des Forschungszieles die Möglichkeit, das subjektive Erleben der Väter im Zusammenhang mit der Krebserkrankung ihres Kindes zugänglich zu machen und so individuelle Formen der Bewältigung sichtbar werden zu lassen.

Der folgende Abschnitt zeigt das genaue Vorgehen innerhalb des Forschungsprozesses in seinen Einzelheiten auf.

6.1. Dokumentation des Forschungsprozesses

Nachdem die Entscheidung zugunsten einer qualitativen Forschung feststand, galt es, innerhalb der Methodenvielfalt, welche diese bietet, eine für das Forschungs- und Erkenntnisinteresse adäquate Erhebungs- und Auswertungsmethode zu finden. Nach ausgiebigen Recherchen wurde entschieden, die Daten mit Hilfe des Problemzentrierten Interviews nach Witzel zu erheben und schließlich anhand des zirkulären Dekonstruierens nach Jaeggie, Faas und Mruck einer Auswertung zu unterziehen. Beide Methoden werden in diesem Kapitel beleuchtet. Zunächst soll jedoch der Zugang zum Feld beschrieben sowie das Sampling dieser vorliegenden Forschung erläutert werden.

6.2. Zugang zum Feld

Nach Flick (2009, S. 143) ist der Frage, wie sich der Zugang zu einem Feld und zu den darin besonders interessierenden Personen und Prozessen gewinnen lässt, besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Er stellt die Grundlage für die durchzuführende Forschung dar. Flick nennt an dieser Stelle zwei besondere Einflussgrößen: das Forschungsfeld selbst und die eigene Person des/der Forschenden (vgl. ebd., S. 142 ff.). Im Gegensatz zu quantitativen Untersuchungen gestalten sich qualitative Forschungen beispielsweise durch Interviews persönlicher und intensiver, was eine Hürde bei der Suche nach Teilnehmern darstellen kann. Zu Beginn dieser Forschungsphase konnte die Bereitschaft der Väter an den Interviews teilzunehmen und schließlich über eine sehr persönliche Thematik ins Gespräch zu kommen, keineswegs eingeschätzt werden. Unter diesem Aspekt erwähnt Flick die Bedeutung, sich seiner eigenen Rolle als ForscherIn bewusst zu sein: „Von der Art dieser Rolle und Position hängt wesentlich ab, zu welchen Informationen der Forscher Zugang findet und zu welchen er ihm verwehrt wird.“ (ebd., S. 143).

Gleichzeitig ist bei der Auswahl der Interviewpartner zu beachten, dass bis dato noch kein näherer Kontakt zur forschenden Person bestand, denn „je fremder das Feld, desto eher können Forscher als Fremde auftreten, denen die Forschungssubjekte etwas zu erzählen haben, das für den Forscher neu ist“ (ebd., S. 149). Da während des Praktikums bei der Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e.V. kaum Kontakt zu den Vätern bestand, erledigte sich diese mögliche Hürde bereits von selbst.

Über diesen Verein war es schließlich auch möglich, ins Feld zu gehen und direkten Kontakt zu den möglichen Interviewpartnern aufzunehmen. Die Kontaktaufnahme zu den Vätern wurde zunächst durch einen Brief realisiert (siehe Anhang), in welchem die eigene Person sowie das Forschungsvorhaben vorgestellt wurde. Sinn des Briefes war es, den Vätern bewusst Zeit zu geben und keinen Druck auszuüben, da es sich um ein sehr persönliches und emotionales Thema handelt und eine intrinsische Motivation der Väter gegeben sein sollte. Circa eine Woche nach Versand wurde begonnen telefonischen Kontakt herzustellen. Beeindruckend und sehr erfreulich war, dass einige Väter bereits

vorher aus Eigeninitiative Kontakt aufnehmen, um ihre Bereitschaft mitzuteilen. So ergibt sich folgende Statistik:

Zunächst wurden sieben Väter schriftlich über das Anliegen informiert. Davon sagten fünf Väter sofort zu. Ein Vater teilte mit, dass er kein Interesse habe, die weitere Absage ergab sich aus privaten Gründen eines Vaters, welcher seine Nicht-Teilnahme jedoch sehr bedauerte. Bei der Durchführung des ersten Interviews wurden durch den Probanden nach dem Schneeballprinzip weitere Kontaktdaten eines ebenfalls betroffenen Vaters vermittelt, welcher daraufhin kontaktiert wurde. Auch er stimmte einem Interview zu. Aufgrund der beiden Absagen erhielten zwei weitere Väter eine Anfrage, welcher sie sofort zustimmten, sodass noch einmal zwei Interviews folgten. Davon ist eines aufgrund immenser Nebenaktivitäten und -geräusche im Raum leider für eine Auswertung nicht nutzbar. Dennoch haben sich zunächst für die Auswertung sieben Interviews mit einer Länge zwischen 30 Minuten und zweieinhalb Stunden ergeben. Aufgrund der sehr umfangreichen Datenmenge (über acht Stunden Interviewmaterial) können jedoch hinsichtlich der begrenzten zeitlichen Möglichkeiten bedauerlicherweise nicht alle Interviews berücksichtigt werden. Die Auswahl der interviewten Väter und schließlich der zur Auswertung herangezogenen Interviews, wird im nachstehenden Abschnitt „Sampling“ erläutert und begründet.

Während der Phasen der Kontaktaufnahme und der Datenerhebung wurde schnell erkennbar, dass die anfänglichen Überlegungen zur Bereitschaft der Väter völlig unbegründet waren. Im Gegensatz fiel es am Ende eher schwer, nicht noch weitere Probanden zu kontaktieren, weil das Engagement und die Motivation der Väter erahnen ließen, dass sich in diesem sehr spezifisch gewählten Forschungsinteresse tatsächlich ein (bisher vernachlässigter) Bedarf verbirgt.

6.3. Sampling

„Sampling“ bezeichnet in der qualitativen Sozialforschung die Auswahl der Untersuchungsteilnehmer (vgl. Schambach-Hardtke 2005, S. 22). Zu Beginn des Forschungsprozesses galt es demnach festzulegen, „welche Personen interviewt werden (Fallaus-

wahl) und welchen Gruppen sie entstammen sollen (Fallgruppenauswahl)“ (Flick 2009, S. 154). Flick zählt in die Kategorie des Samplings zudem die Auswahlstrategien, welche herangezogen werden, um auszuwählen, welche Interviews im weiteren Verlauf der Forschung berücksichtigt werden (Auswahl des Materials). Auch die Entscheidung, welche Textabschnitte für die Auswertung relevant sind (Auswahl im Material) und an welchem Material sich dies am besten verdeutlichen lässt (Präsentationsauswahl), werden unter den Aspekt des Samplings gefasst (vgl. ebd., S. 154 f.).

Im Folgenden wird zunächst das Sampling erläutert, auf dessen Grundlage die Interviewpartner gewählt wurden. Da letztlich aber nur vier der sieben Interviews für die Auswertung herangezogen werden, wird im Anschluss auch die Auswahl dieses Samplings begründet.

Sampling der Interviewpartner

Bei der Auswahl der Forschungsteilnehmer für die vorliegende Arbeit wurde die Strategie des gezielten Samplings gewählt, wobei eine Orientierung an Pattons (2002, zit. nach Flick 2009, S. 165) stattfand, welcher beispielsweise den Einbezug von Extremfällen, besonders typischer Fällen, kritischer Fälle etc. zur Erschließung von Forschungsfeldern vorschlägt. Resultierend aus dem Forschungsziel, dem begrenzten Zeitraum der Umsetzung und dem damit einhergehenden begrenzten Umfang der Arbeit, fiel die Entscheidung auf eine Auswahl, welche „auf die maximale Variation im Sample ab(zielt) – (d.h.) zwar wenige, aber möglichst unterschiedliche Fälle einzubeziehen, um darüber die Variationsbreite und Unterschiedlichkeit, die im Feld enthalten ist, zu erschließen“ (ebd.). Bei dieser Form der Samplings geht es nicht, wie oft bei Forschungen angenommen, darum, „die Repräsentativität der Stichprobe durch Zufallsauswahl ihrer Mitglieder zu gewährleisten (...). Vielmehr werden Personen, Gruppen etc. nach ihrem (zu erwartenden) Gehalt an Neuem für die zu entwickelnde Theorie aufgrund des bisherigen Standes der Theorieentwicklung in die Untersuchung einbezogen“ (ebd., S. 159).

Trotz begrenzter Möglichkeiten wurde versucht, bei der Auswahl der zu kontaktieren- den Väter in einem gewissen Maße der maximalen Variation im Sample nachzukom- men, wobei es geraten schien, sich vor allem an den unterschiedlichen Lebenssituatio- nen der Väter und deren Kinder zu orientieren. Dabei ergeben sich hinsichtlich folgen- der Aspekte die wesentlichsten Unterschiede:

Phase der Therapie: Von fünf der sieben Väter befanden sich die Kinder zum Zeitpunkt des Interviews in der sogenannten Erhaltungstherapie, wobei die längste Diagnose ca. drei Jahre und die kürzeste sieben Monate zurücklag. Ein Kind befand sich noch in der akuten Behandlungsphase, ein weiteres Kind war an den Folgen der Krebserkrankung, ca. acht Monate bevor das Interview stattfand, verstorben.

Diagnose: Die Diagnosen der Kinder umfassen verschiedenste Arten von Krebs mit jeweils sehr unterschiedlichen Heilungschancen. Bei einem Kind wurde nach Beendi- gung der ersten Therapie eine Zweiterkrankung diagnostiziert, zwei weitere Kinder er- litten Rezidive.

Alter der erkrankten Kinder: Die erkrankten Kinder waren zum Zeitpunkt der Inter- views zwischen zwei und neun Jahre alt.

Entfernung zur Klinik: Ebenfalls fünf der sieben Väter wohnen im näheren Umfeld der Klinik, sodass sich für diese geringere Anfahrtswege ergaben. Ein Vater wohnt ca. eine Autostunde, ein weiterer ca. zwei Autostunden von der Klinik entfernt.

Erwerbstätigkeit der Väter: Fünf der sieben Väter gingen zum Erkrankungszeitpunkt des Kindes einer Erwerbstätigkeit nach, einer befand sich in Elternzeit, ein Vater ist nicht berufstätig.

Geschwisterkinder: Für zwei der sieben Väter ist das erkrankte das einzige Kind. Vier Väter haben ein weiteres, ein Vater zwei weitere Kinder.

Hinsichtlich der maximalen Variation ist an dieser Stelle jedoch noch einmal anzumerken, dass im Rahmen dieser Diplomarbeit bei weitem nicht alle Seiten des Forschungsgegenstandes abgedeckt und beleuchtet werden können. So befinden sich beispielsweise alle Väter in einer Partnerschaft mit der Mutter des erkrankten Kindes, was vermutlich zu einem anderen Erleben führt, als wenn man in Trennung lebt, um nur ein Beispiel eines weiteren Kriteriums der maximalen Variation zu nennen. Da letztlich jedoch nicht alle Interviews in die Auswertung einbezogen werden können, wurde eine erneute Auswahl hinsichtlich des Interviewmaterials nötig.

Sampling der zur Auswertung herangezogenen Interviews

Für die Entscheidung, welche der geführten Interviews schließlich für die Auswertung herangezogen werden, lag die Orientierung, wie bei der Wahl der Interviewpartner, an den verschiedenen „Eigenschaften der Väter“. Zusätzlich wurden die Inhalte der einzelnen Interviews für die Entscheidung herangezogen. Auch hierbei wurde versucht, die maximale Variation im Sampling, wie Pattons (2002, zit. nach Flick 2009, S. 165) sie vorschlägt, weitestgehend zu berücksichtigen. So fiel die Entscheidung zur Auswahl der auszuwertenden Interviews nach vollständiger Transkription und ausführlicher Beschäftigung mit sämtlichem Interviewmaterial auf vier der sieben Interviews. Diese stellen die umfangreichsten und nach ersten Einschätzungen auch für das Forschungsinteresse gehaltvollsten Ausführungen dar. Zudem beinhalten die gewählten Interviews eine Betrachtung der Thematik aus unterschiedlichsten Blickwinkeln. Damit werden zwar wenige, aber dennoch unterschiedliche Fälle einbezogen, wodurch eine Annäherung an die Strategie der „maximalen Variation“ gewährleistet wird (vgl. Flick 2009, S. 165). Aus dem ursprünglich geplanten Sampling wurden die Interviews folgender Väter in die Auswertung einbezogen:

Die vier Väter sind zwischen 30 und 50 Jahre alt. Von einem der vier Väter befand sich das Kind zum Zeitpunkt des Interviews in der sogenannten Erhaltungstherapie. Zwei Kinder befanden sich aufgrund von Rückfällen/Zweiterkrankungen bereits seit mehreren Jahren in der akuten Behandlungsphase. Das Kind des vierten Vaters ist an den Folgen der Krebserkrankung verstorben. Alle Kinder sind an verschiedenen Krebsarten mit

sehr unterschiedlichem Krankheitsverlauf und Heilungschancen erkrankt und befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews im Kleinkindalter bzw. in der Phase der frühen Kindheit. Die Väter wohnen sowohl im näheren Umfeld der Klinik als auch weiter davon entfernt. Drei der Väter sind berufstätig und auch während der Krebserkrankung ihres Kindes (teilweise mit Unterbrechungen) weiter ihrem Beruf nachgegangen. Die Mehrzahl hat neben dem erkrankten Kind ein bis zwei weitere Kinder.

Die für die Auswertung herangezogenen Interviews ergeben eine Gesamtlänge von ca. sieben Stunden Interviewmaterial. Zusätzlich zu den reaktiven Daten aus den Interviewtranskripten wurden in Einzelfällen auch nonreaktive Daten aus dem E-Mail-Kontakt der Väter mit der Interviewerin sowie mit Freunden der Väter verwendet. Darauf wird in den betreffenden Passagen hingewiesen.

Obwohl nicht das ursprünglich geplante Sampling in die Auswertung einbezogen werden kann, wird dennoch mit den vier Interviews eine für den Rahmen dieser Diplomarbeit angemessene Datenmenge und Variationsbreite abgedeckt. Wie die Datenerhebung stattfand, wird im Folgenden dargestellt.

6.4. Datenerhebung

Der nachstehende Abschnitt beschreibt zunächst Gründe, weshalb bei der vorliegenden Forschungsarbeit die Entscheidung für die Erhebungsmethode des Problemzentrierten Interviews nach Witzel getroffen wurde. Es folgt eine detaillierte theoretische Betrachtung des gewählten Interviewverfahrens, bevor anschließend dessen praktische Umsetzung in der vorliegenden Forschungsarbeit erläutert wird. Zudem werden die dabei gemachten Erfahrungen einer kritischen Reflexion unterzogen.

6.4.1. Wahl der Erhebungsmethode

Nachdem die endgültige Forschungsfrage und damit das Ziel dieser Arbeit feststand, begann die Recherche nach einer dem Erkenntnisinteresse dienlichen Erhebungsmethode. Dabei richtete sich die Aufmerksamkeit auf das Problemzentrierte Interview nach

Witzel, welches „auf eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität ab(zielt)“ (vgl. Witzel 2000, Abs. 1). Da dieser Ansatz den Zielen der vorliegenden Forschung entsprach, begann eine intensive Auseinandersetzung mit der Methode. Die sehr praktischen, nachvollziehbaren und erfolgversprechenden Vorschläge zur Umsetzung Witzels (z.B. Leitfaden, Kurzfragebogen etc. siehe Kapitel 6.4.2.) konnten überzeugen, sodass die Erhebungsmethode feststand.

6.4.2. Das Problemzentrierte Interview nach Witzel

Das Problemzentrierte Interview verbindet die gegensätzlichen Aspekte „Theoriegeleitetheit und Offenheit“ (Witzel 2000) und stellt damit eine halbstrukturierte Erhebungsmethode innerhalb der qualitativen Sozialforschung dar. Ziel dieser „elastischen Vorgehensweise“ ist nach Witzel, „dass die Problemsicht des Interviewers/Wissenschaftlers nicht diejenige der Befragten überdeckt und den erhobenen Daten nicht im Nachhinein einfach Theorien „übergestülpt“ werden (ebd., Abs. 3). Aus dieser Haltung heraus entwickelte Witzel verschiedene Grundpositionen und Instrumente der Umsetzung sowie Gestaltungskriterien für das Interview, welche im Folgenden Gegenstand der Betrachtungen sind.

Grundpositionen des PZI

Die Erhebungsmethode des Problemzentrierten Interviews ist durch drei zentrale Kriterien gekennzeichnet: Problemzentrierung, Gegenstandsorientierung, Prozessorientierung (vgl. ebd., Abs. 4).

Die *Problemzentrierung* beschreibt die „Orientierung an einer gesellschaftlich relevanten Problemstellung“ (ebd.). Im Falle dieser Arbeit zentriert sich das Interview demnach hauptsächlich auf das Erleben der Krebserkrankung eines Kindes durch den Vater. Durch eine problemzentrierte, objektive Auseinandersetzung mit wesentlichen Aspekten der Problemstellung im Vorfeld der Erhebung wird es dem/der Forschenden möglich, „die Explikationen der Interviewten verstehend nachzuvollziehen und am Problem

orientierte Fragen bzw. Nachfragen zu stellen“ und damit „die Kommunikation immer präziser auf das Forschungsproblem zu(zuspitzen)“ (ebd.).

Das Kriterium der *Gegenstandsorientierung* ermöglicht es, die Erhebung flexibel am jeweiligen Forschungsinteresse auszurichten sowie nach den unterschiedlichen Anforderungen des Forschungsgegenstandes zu gestalten (vgl. Gahleitner 2005, S. 44; Witzel 2000, Abs. 4). So kann nach Witzel beispielsweise das Einsetzen bestimmter Gesprächstechniken flexibel an die individuelle Interviewsituation angepasst werden, wodurch es dem Forscher möglich wird, „je nach (...) unterschiedlich ausgeprägte(r) Reflexivität und Eloquenz der Befragten stärker auf Narrationen oder unterstützend auf Nachfragen im Dialogfeld (zu) setzen“ (ebd., Abs. 4).

Das dritte Merkmal des Problemzentrierten Interviews stellt die *Prozessorientierung* dar. Sie weist darauf hin, dass die Einschätzung des Problemzusammenhangs nicht in einem Schritt geschehen kann, sondern nach und nach einer Entwicklung unterliegt (vgl. Gahleitner 2005, S. 44). Witzel beschreibt die Prozessorientierung als eine „flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfeldes, eine schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten, wobei Zusammenhang und Beschaffenheit der einzelnen Elemente sich erst langsam und in ständigem reflexiven Bezug auf die dabei verwandten Methoden herauschälen“ (Witzel 1982, S. 71).

Instrumente des PZI

Das Problemzentrierte Interview nach Witzel umfasst vier Instrumente: den Kurzfragebogen, den Leitfaden, die Tonaufzeichnung sowie das Postskriptum.

Der *Kurzfragebogen* ist ein Instrument zur Erfassung demografischer Daten (z.B. Alter, Beruf etc.). Ziel ist es, das eigentliche Interview von Fragen zu entlasten, die als „Frage-Antwort-Schema aufgebaut sind“, um so die „Aushandlung der subjektiven Sichtweise der Interviewten“ im Interview selbst nicht zu beeinträchtigen (Witzel 2000, Abs. 6). Zudem kann man sich so im Gespräch auf die wesentlichen forschungsrelevanten Themen konzentrieren (vgl. Flick 2009, S. 212). Witzel (2000, Abs. 6) sieht in der Verwen-

dung des Kurzfragebogens am Anfang der Erhebung die Möglichkeit, einen Gesprächseinstieg zu finden. Hierbei besteht nach Flick jedoch die Gefahr, „dass sich seine Frage-Antwort-Struktur auf den Dialog im Interview selbst auswirkt“, weshalb er vorschlägt, den Kurzfragebogen am Ende einzusetzen (Flick 2009, S, 212).

Der *Leitfaden* stellt das zentrale Element im Problemzentrierten Interview dar. Dabei hat er jedoch nicht die Aufgabe, „ein Skelett für einen strukturierten Fragebogen abzugeben, sondern (er) soll das Hintergrundwissen des Forschers/Interviewers thematisch organisieren (...)“ (Witzel 1982, S. 90). Anhand der thematischen Auseinandersetzung im Vorfeld der Erhebung kann der/die ForscherIn den zu untersuchenden „Problembe-
reich in Form von einzelnen, thematischen Feldern formulieren, unter die in Stichpunk-
ten oder in Frageform gefasste Inhalte des jeweiligen Feldes subsumiert sind“ (ebd.). Der Leitfaden dient im Problemzentrierten Interview demnach als „Orientierungsrah-
men“ und „Gedächtnisstütze“ und begleitet im Idealfall, so Witzel, „den Kommunikati-
onsprozess als eine Art Hintergrundfolie, die zur Kontrolle dient, inwieweit seine ein-
zelnen Elemente im Laufe des Gesprächs behandelt worden sind“ (ebd. 2000, Abs. 8). Im Vordergrund steht aber immer der selbsteingebrachte Gesprächsfaden des/der Inter-
viewten (vgl. Witzel 1982, S. 90).

Die *Aufzeichnung der Interviews* mit Hilfe eines Tonträgers ermöglicht eine „authentische und präzise Erfassung des Kommunikationsprozesses“ (Witzel 2000, Abs. 7). Der/die InterviewerIn kann sich voll und ganz auf das Gespräch konzentrieren und gleichzeitig situative und nonverbale Auffälligkeiten erfassen (vgl. ebd.). Gahleitner (2005, S. 48) empfiehlt dennoch den Gesprächsverlauf des Interviews grob zu skizzieren, um „den roten Faden der Problemsicht der InterviewpartnerInnen nicht aus den Augen zu verlieren“. Voraussetzung für eine anschließende adäquate Analyse der Aufnahmen ist die vollständige Transkription (vgl. ebd.).

Das *Postskriptum* dient der Ergänzung der im Interview gemachten Tonaufzeichnungen. Witzel legt nahe, dieses zeitnah im Anschluss des Interviews zu verfassen und darin Ereignisse vor, während und nach dem Gespräch sowie thematische Auffälligkeiten und gegebenenfalls Interpretationsideen zu notieren (vgl. Witzel 2000, Abs. 9). So muss

man sich als ForscherIn selbst als ein Teil der Interviewsituation betrachten, welche/r durch „Ahnungen, Zweifel, Vermutungen, Situationseinschätzungen, Beobachtungen von besonderen Rahmenbedingungen des Interviews und von nonverbalen Elementen“ Einfluss auf den Kontext und den Ablauf des Gesprächs nimmt (Gahleitner 2005, S. 49). Diese gilt es im Postskriptum festzuhalten.

Gestaltung des PZI

Das Problemzentrierte Interview beginnt zunächst mit der unmittelbaren *Kontaktaufnahme*, bei welcher grundlegende Formalitäten wie die Zusicherung der Anonymisierung der Gesprächsprotokolle, die Erklärung der gewünschten Gesprächsform sowie die Untersuchungsfrage erläutert werden (vgl. Witzel 2000, Abs. 10 f.). Es ist von Bedeutung, an dieser Stelle dem/der Interviewten das Erkenntnisinteresse des Forschers/der Forscherin offen zu legen und gleichzeitig zu verdeutlichen, „dass die Explikationen der Interviewten nicht als Ausdruck von intellektuellen Leistungen bewertet, sondern als individuelle Vorstellungen und Meinungen akzeptiert werden“ (ebd., Abs. 11). Die interviewten Personen sind in Anlehnung an Witzel als „Experten ihrer Orientierungen und Handlungen (zu) begreifen, die im Gespräch die Möglichkeit zunehmender Selbstvergewisserung mit allen Freiheiten der Korrektur eigener oder der Intervieweraussagen wahrnehmen können“ (ebd., Abs. 12). Aus dieser Sichtweise ergeben sich für den/die Forschende/n verschiedene Gesprächstechniken einer Kombination aus Zuhören und Nachfragen (vgl. ebd.). Witzel unterscheidet in diesem Zusammenhang erzählungsgenerierende sowie verständnisgenerierende Kommunikationsstrategien. Diese können im Interview flexibel eingesetzt werden.

Zu den *erzählungsgenerierenden Kommunikationsstrategien* zählen neben einer vorformulierten Einleitungsfrage auch allgemeine Sondierungen sowie Ad-hoc-Fragen.

Die *vorformulierte Einstiegsfrage* zielt darauf ab, das Gespräch auf das zu untersuchende Problem hinzuführen und zu zentrieren. Witzel (2000, Abs. 13) rät, die Frage so auszudrücken, „dass sie für den Interviewten ‘wie eine leere Seite wirkt’, die er in eigenen Worten und mit den ihm eigenen Gestaltungsmitteln füllen kann“. In der Formulie-

rung soll vor allem die Abkehr des traditionellen Frage-Antwort-Spiels eines Interviews deutlich werden, was beispielsweise durch die Aufforderung: „(...) Wie sind Sie darauf gekommen? Erzählen Sie doch mal!“, realisiert werden kann (vgl. ebd.).

Im Verlauf des Interviews kann der/die ForscherIn durch *allgemeine Sondierungen* die Problemsicht des Interviewten sukzessive offenlegen, indem er/sie bestimmte „thematische Aspekte (...) auf(greift), um mit entsprechenden Nachfragen den roten Faden weiterzuspinnen und zu detaillieren, den die Befragten in dieser Sequenz angeboten haben“ (ebd., Abs. 14). Ziel dieser Kommunikationsstrategie ist es, bei dem Interviewten durch Nachfragen die Erinnerungsfähigkeit anzuregen und damit zusätzliches Material und weitere Details „hervor(zu)locken“ (vgl. ebd.). Solche Fragen können zum Beispiel lauten: „Was passierte da im einzelnen?“, „Woran denkst Du insbesondere?“ (Witzel 1982, S. 99).

Sogenannte *Ad-hoc-Fragen* werden nach Witzel (2000, Abs. 15) notwendig, „wenn bestimmte Themenbereiche, die auch die Vergleichbarkeit der Interviews sichern, von den Interviewten ausgeklammert wurden“. So geben die Ausführungen der ForschungsteilnehmerInnen nicht immer eine „erschöpfende Auskunft über alle interessierenden Problembereiche des Leitfadens“ (Witzel 1982, S. 106). In passenden Momenten werden diese dann „ad hoc“ in das Gespräch eingeflochten.

Neben verschiedenen erzählungsgenerierenden Kommunikationsstrategien schlägt Witzel auch *verständnisgenerierende Kommunikationsstrategien* vor: die sogenannten spezifischen Sondierungen.

Spezifische Sondierungen dienen dazu, „das Verständnis aufseiten des Interviewers (zu) vertiefen“ (Flick 2009, S. 211). Dabei können sowohl die vorher erarbeiteten Kenntnisse über die Problemstellung als auch das im Interview erworbene Wissen genutzt werden, um weitere Frageideen zu entwickeln (vgl. Witzel 2000, Abs. 16). Als spezifische Sondierung ist beispielsweise „die an die Gesprächspsychotherapie angelehnte *Zurückspiegelung* von Äußerungen der Befragten“ zu verstehen, welche die Selbstreflexion dieser stützt und „ihnen die Möglichkeit (eröffnet), ihre eigene Sicht-

weise zu behaupten und die Unterstellungen des Interviewers zu korrigieren“ (ebd.). Bei ausweichenden oder widersprüchlichen Aussagen helfen *Verständnisfragen* bei der Klärung. Auch Alltagsselbstverständlichkeiten können damit aufgebrochen werden (vgl. ebd.). Zuletzt schlägt Witzel als verständnisgenerierende Kommunikationsstrategie die *Konfrontation* vor, bei der dem/der InterviewpartnerIn Widersprüche in seinen/ihren Aussagen gegenübergestellt werden, um „weitere Detaillierungen von Sichtweisen der Befragten zu fördern“ (ebd.). Darin besteht jedoch die Gefahr der Rechtfertigung, weshalb diese Form der spezifischen Sondierung zwischen InterviewerIn und Interviewtem eine gewisse Vertrauensbasis erfordert (vgl. ebd.).

Durch die im vorherigen Abschnitt beschriebenen erzählungsgenerierenden Fragen werden bei den ForschungsteilnehmerInnen Narrationen gefördert, bis sich „einzelne Äußerungen (...) zu einem Muster fügen“ (ebd., Abs. 17). Umgekehrt besteht durch verständnisgenerierende Fragetechniken die Möglichkeit, dass „neue Muster des Sinnverstehens entstehen oder alte Muster durch spätere Detailäußerungen oder Kontrollen des Interviewten korrigiert werden“ (ebd.). Aufgrund dieser „komplexen Gesprächsstrategien“ stellt das Problemzentrierte Interview nach Witzel eine sehr anspruchsvolle Erhebungsmethode dar (vgl. ebd.).

Im Folgenden wird die eben theoretisch erläuterte Methode des Problemzentrierten Interviews anhand des Vorgehens in der vorliegenden Forschungsarbeit veranschaulicht. Anschließend werden dabei gemachte Erfahrungen während des Erhebungsprozesses kritisch reflektiert.

6.4.3. Umsetzung der Erhebungsmethode

Die Phase der Kontaktaufnahme

Die jeweiligen Interviews begannen in Anlehnung an Witzel (2000, Abs. 10) mit der Phase der Kontaktaufnahme, in welcher den Vätern mittels einer Datenschutzerklärung die vollständige Anonymisierung der Interviews zugesichert wurde. Nach dem expliziten Dank für die Teilnahme wurde der Ablauf des Interviews erläutert. Zudem wurde in

Anlehnung an Witzel vor Gesprächsbeginn noch einmal verdeutlicht, dass es sich nicht um ein wie sonst übliches „Frage-Antwort-Spiel“ handeln wird. Das folgende Zitat gibt einen Einblick, wie die Phase der Kontaktaufnahme beispielsweise gestaltet wurde:

„Hallo Herr (Name des Vaters). Ich freue mich, dass das heute so klappt. Wie Sie ja schon wissen, möchte ich mit Ihnen ein Interview zum Thema „Väter krebskranker Kinder“ führen und ich bedanke mich ganz herzlich bei Ihnen, dass Sie sich dafür bereit erklärt haben. Es wird jetzt folgendermaßen ablaufen: Ich stelle Ihnen eine Eingangsfrage und Sie können dann frei erzählen, sich so viel Zeit nehmen wie Sie möchten und sich auch auf Einzelheiten konzentrieren. Für mich ist alles interessant, was Ihnen wichtig erscheint. Wenn ich Fragen habe, werde ich Ihnen diese am Schluss stellen. Ich mache mir eventuell Notizen, werde Sie aber zunächst nicht unterbrechen. Sie können also erstmal alles erzählen, was Ihnen einfällt.“

Die Einstiegsfrage

Nachdem diese grundlegenden Aspekte des Interviewablaufs erläutert wurden, schloss sich die vorformulierte Einstiegsfrage an. Auch dabei wurden die Ausführungen Witzels (2000, Abs. 13) berücksichtigt und versucht, sie so zu gestalten, dass sie für die Väter offen und einladend zum Erzählen wirkt:

„Also, wie gesagt, es geht mir um ihre ganz persönliche Geschichte als Vater während der Erkrankung Ihres Kindes. Vielleicht beginnen Sie damit, wie das mit der Erkrankung von (Name des Kindes) begonnen hat und erzählen dann, wie es weiter ging und wie sie die Zeit erlebt haben.“

Der Leitfaden

Um während der Interviews als Forschende einen Orientierungsrahmen zu haben und einen Überblick zu behalten, welche Themen von den Vätern bereits aufgegriffen wurden, lag der Fokus im Vorfeld der Erhebung in Anlehnung an Witzel auf der Erstellung eines Leitfadens. Dafür wurden sowohl die entsprechende Literatur, welche bis zu die-

sem Zeitpunkt bereits vorlag, als auch eigene Erfahrungen aus dem Praktikum einbezogen, um verschiedene Themenfelder des Forschungsinteresses zu formulieren. Der Leitfaden als „Gedächtnisstütze“ und „Hintergrundfolie“ (ebd., Abs. 8) im Interview setzte sich aus folgenden thematischen Bereichen zusammen:

Aufteilung aller Betreuungs- und Haushaltsfunktionen (zwischen den Eltern)

Wie haben Sie sich aufgeteilt?

Wie kam es zu dieser Aufteilung?

Erleben der Aufteilung?

Arbeit

Erleben, weiter auf Arbeit zu gehen

Reaktionen Chef/Arbeitskollegen

Klinik

Wann/wie oft waren/sind Sie in der Klinik (Wochentage, Tageszeiten)?

Kontakt zu professionellen HelferInnen in der Klinik?

Partnerschaft/Beziehung

Wie haben Sie Ihre Beziehung in dieser Zeit erlebt?

Hatten/haben Sie das Gefühl als Vater anders mit der Belastungssituation umzugehen als Ihre Frau?

Familie/Freunde/Bekannte

Wie haben diese auf Sie als Vater reagiert? Wie sind Sie mit Ihnen umgegangen?

Ein Vater erzählte mir mal, dass man sich immer nach seinem Kind und seiner Frau erkundigte, aber nie oder selten jemand fragte, wie es Ihm geht. Haben Sie ähnliche Erfahrungen gemacht?

Haben Sie das Gefühl, Sie wurden als Vater auch als „belasteter“ oder „trauernder“ Mensch wahrgenommen?

Bewältigung/Unterstützung

Welche Themen haben Sie am meisten beschäftigt in dieser Zeit? (medizinische Fragen, rechtl. Fragen/Krankenkassenleistungen, Austausch/Unterstützung/Kontakt mit anderen betroffenen Familien etc.)

Was hat Ihnen gefehlt/geholfen in dieser Zeit?

Gab es für Sie auch Entspannungsphasen in dieser Zeit? Wie sahen diese aus?

Fühlten Sie sich unterstützt in der Zeit? Von wem?

Wie genau sah diese Unterstützung aus? (Unterstützung bei der Erledigung von Aufgaben, Tätigkeiten oder auch emotionale Unterstützung?)

Hätten Sie sich in bestimmten Bereichen mehr Unterstützung (speziell auch als Vater) gewünscht?

Kontakt zu anderen Betroffenen

Hatten Sie Kontakt zu anderen Betroffenen? Insbesondere zu Vätern?

Hatten Sie das Gefühl, diese Kontakte haben Ihnen geholfen? / Denken Sie, dass Ihnen solche Kontakte geholfen hätten?

Angebote Väter

Inwiefern hatten Sie Kontakt zum Verein der „Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e.V.“?

Was würden Sie anregen, begrüßen oder verbessern in der Betreuung und Begleitung von Vätern mit einem an Krebs erkrankten Kind?

Könnten Sie sich aus der Sicht der Männer spezifische Angebote vorstellen, um die Väter mehr zu unterstützen?

Angenommen es gäbe regelmäßige Gruppentreffen/Gruppengespräche mit Vätern, bei denen Sie sich austauschen könnten. Würde dies Ihr Interesse wecken?

Angenommen es gäbe ein „Väter-Projekt“, in dem sich betroffene Väter zu gemeinsamen Unternehmungen treffen und sich bei Bedarf austauschen können (z.B. Klettern, Grillabend, Fahrradtour, Fußball etc.). Würde dies Ihr Interesse wecken?

Abschluss

Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben/Ihre Lebenseinstellung hat sich durch die Krankheit verändert? Wie?

Der Kurzfragebogen

Der Kurzfragebogen wurde am Ende des Interviews eingebracht, wobei die Bedenken Flicks Orientierung gaben, dass sich das Frage-Antwort-Schema auf das Gespräch übertragen könnte, wenn das Formular zu Beginn des Interviews Einsatz fände. Folgende Daten wurden in dem Kurzfragebogen zusätzlich zum Interview erfragt:

Alter des Vaters: _____

<u>Familienstand:</u>	in Partnerschaft lebend	<input type="checkbox"/>
	Verheiratet	<input type="checkbox"/>
	Getrennt lebend	<input type="checkbox"/>
	Geschieden	<input type="checkbox"/>

Berufliche Tätigkeit Mutter: _____

Berufliche Tätigkeit Vater: _____

Zum erkrankten Kind:

Geschlecht: m ☐ w ☐

Diagnose: _____

Diagnosedatum: _____

Noch in Behandlung? _____

Behandlung abgeschlossen seit? _____

Jetziges Alter: _____

Zu den Geschwisterkindern:

Anzahl Geschwisterkinder: _____

G1: Alter _____ Geschlecht: m ☐ w ☐

G2: Alter _____ Geschlecht: m ☐ w ☐

G3: Alter _____ Geschlecht: m ☐ w ☐

Die Tonträgeraufzeichnung

Alle Interviews wurden mittels eines Diktiergerätes aufgezeichnet, sodass jegliche Kommunikationsprozesse vollständig und präzise erfasst und im Zuge der Transkription verschriftet werden konnten. Die Väter sind im Vorfeld über die Aufnahme des Gespräches informiert worden.

Das Postskriptum

Das Postskriptum wurde in Anlehnung an Witzel direkt im Anschluss des jeweiligen Interviews verfasst. Folgende Punkte wurden darin noch einmal gesondert festgehalten:

- Zustandekommen des Interviews (Gewinnung des Interviewpartners, Bereitschaft zum Gespräch, etc.).
- Ort des Interviews
- Dauer des Interviews
- Eindrücke über Interviewpartner
- Eindrücke über Interviewerin selbst

- Eventuelle Störfaktoren
- Abschluss des Kontaktes (Interaktion nach offiziellem Ende des Interviews/Atmosphäre)
- Sonstiges/Auffälligkeiten

6.4.4. Reflexion der Erhebungsmethode

In Anlehnung an Flick (2009, S. 377) führte ich seit Beginn der Forschung ein Forschungstagebuch. Darin wurden insbesondere der Prozess der Annäherung an das Forschungsfeld, Erfahrungen in der Kontaktaufnahme mit den Vätern und schließlich der Erhebungs- und Auswertungsprozess dokumentiert. So ist es möglich, den Prozess der Erhebung an dieser Stelle noch einmal bewusst zu reflektieren. Bereits bei der ersten Kontaktaufnahme am Telefon konnte ich überwiegend aufgeschlossene und engagierte Reaktionen der Väter erleben. Auch die Phase der Kontaktaufnahme in der tatsächlichen Interviewsituation lief in allen Interviews trotz anfänglicher Nervosität sehr positiv ab. Die Klärung allgemeiner Formalitäten, die Datenschutzerklärung sowie die Erläuterung des Ablaufs erwiesen sich als guter Einstieg für Forschende und Interviewte, um sich an die Situation zu gewöhnen und sich gegenseitig „bekannt zu machen“. In dieser Phase wurde auch das Diktiergerät zur Aufzeichnung der Kommunikation eingebracht. Ich habe keine Rückmeldungen erhalten bzw. Beobachtungen gemacht, dass dieses störend oder verunsichernd wirkte. Aufgrund seiner minimalen Größe wurde es während des Interviews kaum mehr wahrgenommen, wodurch die Narrationen nach eigener Einschätzung unbeeinträchtigt blieben. Auch Gahleitner (2005, S. 48) beschreibt, dass „über die Wirkung des Einführens von Tonbandgeräten ins Forschungsfeld (...) in der Literatur eigentlich nur Positives berichtet (wird)“. Nachdem das Diktiergerät in Betrieb genommen wurde, leitete die im vorherigen Abschnitt dargestellte Einstiegsfrage das Interview ein. Vor allem bei der ersten Erhebung war ich unsicher, inwieweit auf diese offene Formulierung ausführliche Narrationen folgen würden. In den meisten Interviews entstanden aus der Einstiegsfrage jedoch reichhaltige, umfangreiche Erfahrungsberichte. Gleichzeitig half der im Vorfeld erarbeitete Leitfaden bei stockenden Gesprächsabschnitten Anregungen zu holen und gegebenenfalls neue Themen einzubringen. Die von Witzel vorgeschlagenen erzählungsgenerierenden und verständnisgenerierenden

Fragetechniken erwiesen sich dabei oftmals als sehr hilfreich, das Interview in seiner Entwicklung zu unterstützen. Gleichzeitig musste ich feststellen, dass es nicht immer einfach war, in der komplexen Interviewsituation den Überblick zu behalten. Witzel (1982, S. 90 f.) findet für diese Wahrnehmungen sehr treffende Worte:

„(...) Das bedeutet, dass der Forscher/Interviewer Nachfragemöglichkeiten verfolgen muss und andererseits gleichzeitig Entscheidungen darüber zu treffen hat, an welchen Stellen des Interviewablaufs er zur Ausdifferenzierung der Thematik sein problemorientiertes Interesse in Form von exmanenten Fragen einbringen sollte. Aus diesen Entscheidungsnotwendigkeiten resultieren häufig Interviewfehler, deren Beseitigung eine entsprechende Schulung am transkribierten Interview verlangt, (...), um eine verbesserte Sensibilität für den Gesprächsprozess zu erreichen.“

Um diese Unsicherheiten zu umgehen, versuchte ich dem Ratschlag Gahleitners (2005, S. 48) Folge zu leisten und „den Gesprächskontext jedes Interviews grob mit zu skizzieren“. Dies war einerseits sehr hilfreich, andererseits hatte ich teilweise das Gefühl, dadurch wiederum zu sehr den Leitfaden und weniger den Gesprächsfaden des Interviewten zu fokussieren. Dennoch eigneten sich die erarbeiteten Themenfelder gut als Hintergrundfolie im Gespräch. Als sich besonders während der ersten beiden Interviews einige Fragen als nicht passend und uneffektiv herausstellten, modifizierte ich den Leitfaden im Laufe des Forschungsprozesses. Dabei orientierte ich mich an dem Verständnis des Leitfadens als „wachsendes System (...), das von Gespräch zu Gespräch wächst“ (Gahleitner 2005, S. 45 f.). Den Kurzfragebogen setzte ich bewusst im Anschluss des Interviews ein, um die bereits vermerkten Befürchtungen Flicks der Übertragung des Frage-Antwort-Schemas zu umgehen. Oftmals wurden Teile des Fragebogens bereits während der eigentlichen Interviewsituation beantwortet, sodass anschließend nur noch wenige Aspekte ergänzt werden mussten. Gleichzeitig eröffneten sich in manchen Interviews durch das Ausfüllen des Fragebogens weitere interessante Gesprächssituationen, sodass ich die Entscheidung, diesen am Ende einzusetzen, als sehr vorteilhaft empfand. Das von Witzel vorgeschlagene Verfassen eines Postskriptums zur Nachbereitung des Interviews schätzte ich als gute Möglichkeit, die Eindrücke des Interviews noch einmal bewusst passieren zu lassen und zusätzliche Informationen zu notieren.

Außerdem konnte ich dadurch einerseits meine Rolle als Forscherin/Interviewerin reflektieren. Gleichzeitig nutzte ich dieses Medium, um die teilweise sehr emotionalen Gespräche für mich verarbeiten und abschließen zu können.

Trotz einer kritischen Betrachtung der Umsetzung sehe ich den Erhebungsprozess als gelungen an. Aufgrund der Tatsache, dass diese Forschungsarbeit die erste qualitative Erhebung für mich darstellt, konnte ich viele Erfahrungen sammeln, die ich in möglicherweise folgenden Forschungen einfließen lassen kann.

6.5. Transkription der Interviews

Die Verschriftung der mittels Diktiergerät aufgezeichneten Interviews ist Voraussetzung für die anschließende Analyse. Zudem können in den angefertigten Transkripten „paralinguistische Momente des Gesprächs festgehalten werden, die bei der Interpretation hilfreich sein können, wie plötzliche Einsilbigkeit, Pausenlänge, Lautstärkeschwankungen, Interventionen der InterviewerInnen etc.“ (Gahleitner 2005, S. 48). Nach Flick (2009, S. 379) gibt es dabei keine einheitlichen Transkriptionssysteme. Es liegt in der Entscheidungsfreiheit des Forschers/der Forscherin, in einem solchen Maße zu transkribieren, dass es in einem begründeten Verhältnis zur Fragestellung und zum Ertrag der Forschung steht (vgl. ebd., S. 379). In Anlehnung an Strauss (1991, zit. nach Flick 2009, S. 380) ist es angemessen, „nur so viel zu transkribieren, wie die Fragestellung erfordert“.

In der vorliegenden Forschungsarbeit wurden alle sieben Interviews vollständig transkribiert. Aus Gründen des Datenschutzes sind sämtliche Angaben bezüglich Namen einzelner Personen, Orte sowie anderer persönlichkeitspezifischer Merkmale durch fiktive Bezeichnungen anonymisiert. Dialektale Wendungen wurden bereinigt. Des Weiteren fanden folgende Transkriptionsregeln Verwendung:

I:	Interviewerin
IP:	Interviewpartner
G:	Geschwisterkind

[...]	Pause, bis 3 Sekunden
[4]	Pause, ab 4 Sekunden
Punkt (.)	Kurze Pause, starke Stimmensenkung
Komma (,)	Kurze Pause, wenig Stimmensenkung
Fragezeichen (?)	Frage
Ausrufezeichen (!)	Befehlston
Fett	Betonte Wörter
[?]	Unverständliches Wort
//	Abgebrochenes Wort, abgebrochener Satz
[---]	Ausgelassenes Wort/Satzpassage (wg. Anonymisierung)
<i>[lachen]</i>	Paralinguistische Äußerungen
<i>[Telefon klingelt]</i>	situative Bemerkungen

Nachdem die Erhebungsmethode des Problemzentrierten Interviews detailliert beleuchtet wurde, widmet sich der folgende Abschnitt ausführlich der Auswertungsmethode des Zirkulären Dekonstruierens von Jaeggi, Faas und Mruck.

6.6. Datenauswertung

Im folgenden Abschnitt wird zunächst erläutert, weshalb bei der vorliegenden Forschungsarbeit die Entscheidung zugunsten der Auswertungsmethode des zirkulären Dekonstruierens nach Jaeggi, Faas und Mruck getroffen wurde. Anschließend folgt eine detaillierte theoretische Betrachtung des gewählten Verfahrens, wobei die Umsetzung der theoretischen Überlegungen gleichzeitig anhand von Beispielen eines Interviews veranschaulicht wird. Darüber hinaus werden die Erfahrungen mit der Auswertungsmethode einer kritischen Reflexion unterzogen.

6.6.1. Wahl der Auswertungsmethode

Für die Auswertung der Interviews standen unter Betrachtung des Forschungsinteresses zwei Methoden zur Auswahl: die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring und das zirkuläre Dekonstruieren nach Eva Jaeggi, Angelika Fass und Katja Mruck. Ein

wesentlicher Unterschied dieser beiden Methoden liegt darin, dass bei der qualitativen Inhaltsanalyse bereits im Vorfeld theoriegeleitete Aspekte festgelegt und diese an das Interviewmaterial herangetragen werden (vgl. Mayring 2000, Abs. 13). Beim zirkulären Dekonstruieren hingegen wird direkt vom Interviewmaterial ausgegangen, wobei versucht wird, im Gegensatz zu anderen qualitativen Auswertungsverfahren, „das Konstruktive und Kreative qualitativen Arbeitens im Blick zu halten und für den Deutungsprozess schöpferisch zu nutzen“ (Jaeggi et al. 1998, S. 3). Dieses Verfahren eignet sich demnach besonders in Forschungsfeldern, zu denen bisher wenig theoretische Grundlagen existieren und damit die Möglichkeit besteht, neue Erkenntnisse aus dem Text heraus zu entwickeln. So gewann es im Vergleich zur qualitativen Inhaltsanalyse für die vorliegende Forschung mehr an Relevanz. Die Methode des zirkulären Dekonstruierens wurde von Jaeggi et al. unter anderem aus der im Bereich der qualitativen Sozialforschung sehr bekannten „Grounded Theory“ von Glasser und Strauss (1967) heraus entwickelt. Da diese sehr umfangreiche Auswertungsschritte enthält, welche im Rahmen qualitativer Diplomarbeiten nicht zu leisten wären, erarbeiteten Jaeggi et al. auf deren Grundlage eine Methode, die sich speziell für die Auswertung qualitativ gewonnener Daten für Diplomarbeiten eignet (vgl. Jaeggi et al. 1998, S. 4 f.). Aus diesen Gründen fiel die Entscheidung bei der vorliegenden Forschungsarbeit auf das Verfahren des zirkulären Dekonstruierens. Was genau mit dieser Methode verbunden ist und welche einzelnen Schritte sie enthält, wird im Folgenden dargestellt.

6.6.2. Das zirkuläre Dekonstruieren nach Jaeggi, Faas und Mruck

Der Begriff des zirkulären Dekonstruierens gibt bereits einen Einblick in die konkrete Vorgehensweise dieser Methode. Jaeggi et al. (1998, S. 5 f.) beschreiben den Vorgang als ein Kreisen in kreativen Gedankenschleifen, durch welches es der forschenden Person ermöglicht wird, sich intuitions- und gleichzeitig theoriegeleitet, um das Ausgangsmaterial zu bewegen. Der auszuwertende Text wird in einem Prozess zirkulär und rekursiv dekonstruiert und schließlich wieder so zusammengesetzt, „dass implizite Sinngehalte sichtbar werden können“ (ebd., S. 6). Durch einen mehrfach geforderten Perspektivwechsel findet in einer Art „Wellenbewegung“, wie Jaeggi et al. es nennen, ein ständiges sich Nähern und Entfernen vom Ausgangsmaterial statt, um so den Sinn-

gehalt des Textes zu erschließen (vgl. ebd., S. 7). Ziel ist es, auf diese Weise „Bausteine für eine Theorie über unseren Forschungsgegenstand (zu) finden“ und damit den Blick neuen Erkenntnissen zugänglich zu machen (ebd., S. 6).

Obwohl Mayring eine in seinen Einzelheiten andere Vorgehensweise vorschlägt, so entwarf er ein Sinnbild, welches auch auf das zirkuläre Dekonstruieren anwendbar ist und durch seine metaphorische Aufarbeitung den Charakter dieser Auswertungsmethode sehr schön verdeutlicht:

„Man stelle sich vor, auf einer Wanderung plötzlich vor einem gigantischen Felsbrocken (vielleicht ein Meteorit?) zu stehen. Ich möchte wissen, was ich da vor mir habe. Wie kann ich dabei vorgehen? Zunächst würde ich zurücktreten, auf eine nahe Anhöhe steigen, von wo ich einen Überblick über den Felsbrocken bekomme. Aus der Entfernung sehe ich zwar nicht mehr die Details, aber ich habe das ‚Ding‘ als Ganzes in groben Umrissen im Blickfeld, praktisch in einer verkleinerten Form (Zusammenfassung). Dann würde ich wieder herantreten und mir bestimmte, besonders interessant erscheinende Stücke genauer ansehen. Ich (...) würde (...) versuchen, den Felsbrocken aufzubrechen, um einen Eindruck von seiner inneren Struktur zu bekommen. Ich würde versuchen, einzelne Bestandteile zu erkennen, den Brocken zu vermessen, seine Härte, sein Gewicht durch verschiedene Meßoperationen feststellen (Strukturierung).“

(Mayring 1993, zit. nach Gahleitner 2005, S. 56 f.)

Die Auswertung beginnt zunächst mit einer ausführlichen Betrachtung der Einzelinterviews, welche in sechs Schritten dekonstruiert werden. Darauf folgt ein systematischer Vergleich der Einzelerkenntnisse, aus welchem sich anschließend die gewonnenen Ergebnisse sowie Theoriebausteine ableiten lassen.

6.6.3. Umsetzung der Auswertungsmethode

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich sowohl mit den theoretischen Grundzügen des zirkulären Dekonstruierens als auch mit der praktischen Umsetzung dieser Methode in

der vorliegenden Forschungsarbeit. Zur Veranschaulichung und Nachvollziehbarkeit werden konkrete Auszüge aus der Datenauswertung dargestellt. Jaeggi et al. (1998., S. 18) betonen die Wichtigkeit der Darstellung der einzelnen Arbeitsschritte, um den „Prozess des Erkenntniszuwachses“ der wissenschaftlichen Untersuchung „plausibel und nachvollziehbar“ zu gestalten. Insbesondere bei qualitativen Erhebungen, welche nicht auf einen „wissenschafts-subkulturell eindeutig festgelegten Verfahrenskodex, vergleichbar mit den Parametern statistischer Prozeduren“ zurückgreifen, ist die Beschreibung des Forschungsvorgehens unter stetigem Bezug zum Ausgangsmaterial von erheblicher Bedeutung (ebd.).

Erste Auswertungsphase: Das Einzelinterview

Die Auswertung der Einzelinterviews findet in jeweils sechs Schritten statt, welche im Folgenden erläutert und am Beispiel des Interviews mit Herrn Berger veranschaulicht werden.

1. Schritt: Formulierung eines Mottos für den Text

Jaeggi et al. schlagen vor, zunächst ein Motto für das jeweilige Interview festzulegen, welches dabei helfen soll, sich emotional mit dem Text auseinanderzusetzen und gleichzeitig das Interview von den anderen unterscheidbar zu machen. Das Motto kann dabei entweder aus einem treffenden Zitat bestehen oder auch aus einem prägenden Eindruck des Textes abgeleitet werden (vgl. ebd., S. 7).

Motto des Interviews mit Herrn Berger:

„das haben wir Krebsvatis wahrscheinlich alle gemeinsam, (...), dass wir einfach eine große Baustelle in unserem Leben zu viel haben“ (Z. 884 ff.)

2. Schritt: Zusammenfassende Nacherzählung

Im zweiten Auswertungsschritt gilt es, das gesamte Interview auf ca. zwei Seiten zusammenzufassen, indem man sich auf das Wesentliche konzentriert. Durch diese Straffung des umfangreichen Materials werden schon erste Interpretationsschwerpunkte gesetzt, welche es bewusst zu reflektieren gilt (vgl. ebd., S. 8).

Ausschnitt aus der Nacherzählung des Interviews mit Herrn Berger:

Herr Berger geht im ersten Teil des Interviews zunächst näher auf die Krankheitsgeschichte seiner Tochter Anna ein. Anschließend bezieht er sich auf seine spezielle Rolle in dieser Krankheitsphase und sein Erleben dieser Zeit. Dabei spricht er zunächst von zwei „riesengroße(n) Baustellen“ (Z. 64): seine Familie mit dem kranken Kind und die sich daraus ergebenden Schwierigkeiten im Job. Herr Berger spricht von einer „Doppelbelastung“ (Z. 93 f.), die er bis jetzt ganz gut ausgehalten hat, aber nicht noch mehrere Jahre aushalten würde. In diesem Zusammenhang erwähnt er auch die ungewisse Zukunft, sodass er sich „so von Tag zu Tag, von Woche zu Woche einrichtet, dass man das wirklich dauerhaft aushält“ (Z. 105 f.). Sowohl Herr Berger als auch seine Frau haben die Krebserkrankung von Anna von Anfang an als Herausforderung gesehen, „die zu bewältigen war und die organisiert werden musste“, wie er sagt (Z. 126 f.). Schließlich kommt er noch einmal auf seinen Job zu sprechen, den er sehr gern macht und ihn auch von Anfang an durchziehen wollte. Neben einem Stück Normalität ergeben sich daraus dennoch wie bereits erwähnt Belastungen. Weiterhin kommt erschwerend hinzu, dass Herr Berger neben dem weitergeführten Job die Betreuung der beiden größeren Kinder übernahm, sodass er nun im Gegensatz zum Beginn von einer „Dreifachbelastung“ (Z. 145) oder auch von einer dritten Baustelle (vgl. Z. 147) spricht. Außerdem hebt er hervor, dass die Familie durch den Umzug kurz vor Beginn der Erkrankung nach B-Stadt noch keinen etablierten Freundeskreis und keine Verwandten vor Ort hatte. Anschließend erzählt er, dass sie dennoch viel Unterstützung aus dem familiären Umfeld, dem Freundschaftsumfeld sowie dem nachbarschaftlichen Umfeld erhalten haben, vor allem, wenn es um die Betreuung der Geschwisterkinder ging. Daraufhin greift

Herr Berger die Thematik seiner großen Kinder vertiefter auf und stellt fest, dass er es „fast“ (Z. 211) als seine Hauptaufgabe ansieht, die Welt der großen Kinder in Ordnung zu halten. Seine zweite Aufgabe sieht er darin, seine Frau bei der Betreuung des erkrankten Kindes regelmäßig abzulösen und zu entlasten. Um nicht an einen Punkt zu kommen, „wo es einfach überhaupt nicht mehr geht“ (Z. 281), nimmt sich Herr Berger bewusst kleine Auszeiten und geht bestimmten Hobbys gezielt weiterhin nach. Auch die Kontakte zu den engsten Freunden konnten während der Behandlungszeit gehalten werden, sodass Herr Berger von einem intakten Kern des sozialen Netzes spricht. (...)

3. Schritt: Erarbeiten einer Stichwortliste

Nachdem durch die Nacherzählung bereits eine Annäherung an die Inhalte des Interviews möglich ist, besteht im dritten Schritt der Auswertung die Aufgabe darin, alle auffälligen und gehaltvollen Worte chronologisch hintereinander aufzulisten (vgl. ebd., S. 9). Nach Jaeggi et al. ist es Sinn dieses Arbeitsschrittes, „den Text weiter zu straffen, überschaubarer zu machen und sich darüber hinaus auf spontane Interpretationsversuche einzulassen“ (ebd.).

Die Forscherinnen schlagen an dieser Stelle vor, für die Stichwortliste nur fünf Seiten des Anfangs, der Mitte und des Endes des Interviews heranzuziehen, da eine Berücksichtigung des kompletten Interviews ihrer Ansicht nach eine „leidige, unproduktive Fleißarbeit“ darstellt, welche „die Forschungsarbeit eher lähmt denn fördert“ (ebd.). Diese Regelung beinhaltet nach eigener Einschätzung jedoch ein zu großes Risiko, wichtige Aspekte nicht zu erfassen, sodass es für sinnvoller erachtet wurde, die Stichworte aus dem gesamten Interview zu erarbeiten.

Ausschnitt aus der Stichwortliste des Interviews mit Herrn Berger:

- *von Anfang an (...) zwei riesengroße Baustellen (Z. 63 f.)*
- *Das eine die Familie mit dem kranken Kind (Z. 65)*

- *musste im Job kürzer treten (Z. 86)*
 - *meine Frau dort auch ablösen zu können (Z. 88)*
 - *immerhin ich hab es jetzt zwei Jahre lang ausgehalten (Z. 93)*
 - *Doppelbelastung (Z. 93 f.)*
 - *wahrscheinlich würd ich das nicht fünf Jahre aushalten (Z. 94)*
 - *möchte eigentlich auch nicht bis an die Schmerzgrenze kommen oder bis ich umfalle (Z. 96 f.)*
 - *hoffe, dass ich so mit Hängen und Würgen, dass wir das Ziel erreichen (Z. 98 f.)*
 - *eigentlich überhaupt keine Phase, wo die totale Verzweiflung da gewesen wäre (Z. 118 f.)*
 - *haben rückblickend (...) [...] super funktioniert (Z. 119 f.)*
 - *Folge könnte sein, dass zu einem nicht, noch nicht feststehenden Zeitpunkt, wir völlig zusammenbrechen (Z. 121 ff.)*
 - *all das, was wir bisher weggedrängt haben, dann zum Ausbruch kommt (Z. 123 f.)*
 - *Das könnte sein, das muss aber nicht sein (Z. 124)*
 - *alles, auch psychisch und so, wunderbar durchgestanden (Z. 125)*
 - *von Anfang an (...) als Herausforderung gesehen die zu bewältigen war und die irgendwie organisiert werden musste (Z. 126 ff.)*
-

4. Schritt: Erstellen eines Themenkatalogs

Nach Jaeggi et al. stellt der Themenkatalog bereits eine „komplexere Abstraktionsleistung“ dar (ebd., S. 9). Ziel ist es, aus der Stichwortliste verschiedene Themen zu extrahieren und damit „für gleichartige Sinnzusammenhänge oder Aussprüche Oberbegriffe (zu suchen), die das Gemeinte bzw. das Verstandene treffend bezeichnen und von anderen Bereichen unterscheidbar machen“ (ebd., S. 9 f.). Diese Art „Vor-Kategorien“ sollen bei der weiteren Strukturierung der Auswertung helfen. Zur Erstellung des Themenkatalogs können zudem auch relevante Elemente aus den Postskripten hinzugezogen werden (vgl. ebd., S. 10).

Der Themenkatalog aus dem Interview mit Herrn Berger:

- 1) *Krankheitsverlauf des Kindes*
- 2) *Bewertung der Krebserkrankung als Herausforderung*
- 3) *Krebserkrankung als Herausforderung, auf deren Meistern man stolz sein kann*
- 4) *Kämpfen versus Verwalten*
- 5) *Baustellen als Ausdruck einer Doppel- bzw. Dreifachbelastung*
- 6) *Erleben der Arbeit – Belastung und Ärger versus Normalität, Ausgleich und Freude*
- 7) *Hauptaufgabe Geschwisterkinder*
- 8) *Abwechslung der Eltern bei der Krankenbetreuung*
- 9) *Erleben der Krankenbetreuung – Anstrengung versus Erholung zum Job*
- 10) *Wunsch nach mehr Entlastung (bei der Kinderbetreuung am Krankenbett)*
- 11) *Beziehung der Eltern*
- 12) *Geringe Unterschiede im Umgang zwischen Mutter und Vater*
- 13) *Fehlende (Frei-) Zeit*
- 14) *Ungewisse Zukunft – Unsicherheit, wie es mit Anna weiter geht*
- 15) *Ungewisse Zukunft – Unsicherheit, wie es mit einem selber weiter geht*
- 16) *Ärger/Wut über die Erkrankung und die damit einhergehende permanente Belastungssituation*
- 17) *Unterstützung und Hilfe durch Familie und Freunde*
- 18) *Unterstützung durch andere Institutionen*
- 19) *Dankbarkeit für Hilfe und Unterstützung*
- 20) *Hilfe selber organisieren*
- 21) *Erleben der Belastung – das eigene Befinden*
- 22) *Etwas tun für das eigene Wohlbefinden*

- 23) *Intaktes soziales Netz*
- 24) *Austausch mit anderen Betroffenen/professionellen HelferInnen (Klinikumfeld) von geringer Bedeutung*
- 25) *Spezifische Angebote für Väter*
- 26) *Vertrauen in Ärzte/Ärztinnen*
- 27) *Hervorheben positiver Aspekte/Hoffnung*
- 28) *Nutzenorientierung*
- 29) *Flexibilität und Anpassungsfähigkeit im Alltag*
- 30) *Werte/Zahlen/Prognosen motivieren*
- 31) *Änderung der Inneren Haltung – Sich auf das Wesentliche konzentrieren*
- 32) *Änderung der Inneren Haltung – Sich daran gewöhnen/damit abfinden (mit dem möglichen Tod des Kindes)*

Da die aus dem Interview gefilterten Stichworte die einzelnen Themen mit Material füllen, werden an dieser Stelle zur Veranschaulichung noch einmal zwei Themen herausgegriffen und mit den dazugehörigen Stichworten dargestellt:

Thema 5: Baustellen als Ausdruck einer Doppel- bzw. Dreifachbelastung

- *dass ich dieser Doppelt- und Dreifachbelastung entgegengehe (Z. 145)*
- *sehr oft drei Baustellen (Z. 147)*
- *am Wochenende das kranke Kind (Z. 147 f.)*
- *unter der Woche der Job (Z. 148)*
- *nach dem Job dann die großen Kinder (Z. 149)*
- *Das eine die Familie mit dem kranken Kind (Z. 65)*
- *das andere mein Job (Z. 65)*
- *gleichzeitig die, die, die Baustelle zu Hause (Z. 77 f.)*
- *dass wir auf einmal, dass wir einfach eine große Baustelle in unserem Leben zu viel haben (Z. 886 f.)*

Thema 21: Erleben der Belastung – das eigene Befinden

- *immerhin ich hab es jetzt zwei Jahre lang ausgehalten (Z. 93)*
- *wahrscheinlich würd ich das nicht fünf Jahre aushalten (Z. 94)*
- *hoffe, dass ich so mit Hängen und Würgen, dass wir das Ziel erreichen (Z. 98 f.)*
- *Väter, die sind irgendwie darauf programmiert, dass sie das durchhalten (Z. 562 f.)*
- *wir sind beide, meine Frau auch, gesundheitlich ziemlich stabil (Z. 135)*
- *alles, auch psychisch und so, wunderbar durchgestanden (Z. 125)*
- *es gab eben Gott sei Dank auch keine Explosionen und keine Zusammenbrüche (Z. 134 f.)*
- *ich habe jetzt nicht das Gefühl, dass ich so auf so einer schiefen Ebene, also immer nur Verschleiß, Verschleiß, Verschleiß, Verschleiß und jetzt bald an den Punkt käme, wo es einfach überhaupt nicht mehr geht (Z. 278 ff.)*
- *So ist es nicht und so darf es auch nicht sein (Z. 281 f.)*
- *daran tue ich auch das ein oder andere (Z. 282)*
- *eigentlich überhaupt keine Phase, wo die totale Verzweiflung da gewesen wäre (Z. 118 f.)*
- *haben rückblickend beide, also meine Frau und ich auch [...] super funktioniert (Z. 119 f.)*
- *hatten konkret auch gar keine Zeit [...] durchzuhängen (Z. 128)*
- *dass wir so toll durchhalten (Z. 129)*
- *Ja sorry, wir haben es uns leicht gemacht, wir hatten nie einen Plan für das Scheitern (Z. 130 f.)*

5. Schritt: Die Paraphrasierung der einzelnen Themen

Die Paraphrasierung als fünfter Auswertungsschritt stellt schließlich eine Interpretationsleistung dar, bei welcher die Subjektivität und Intuition durch die gedankliche Vorstrukturierung des Themenkatalogs ergänzt wird (vgl. ebd., S. 12). Dabei besteht die Möglichkeit, entweder mehrere Themen zusammenzufassen oder einzelne Themen ausdifferenzieren. Die Benennung der Themen aus dem Katalog wurden bei der Paraphrasierung gleichzeitig als Abschnittsüberschrift genutzt.

Ausschnitt aus der Paraphrasierung des Interviews mit Herrn Berger:

Thema 1: Bewertung der Krebserkrankung als Herausforderung

*Herr Berger hat die Krebserkrankung von Anna von Anfang an als eine „Herausforderung gesehen, die zu bewältigen war und die irgendwie organisiert werden **musste**“ (Z. 126 ff.). Er beschreibt, dass er dabei aber auch keine andere Wahl hatte, da er für sich keinerlei Rückzugsmöglichkeiten sah oder er nicht wusste, wie ein „kontrollierter Rückzug“ (Z. 133) hätte aussehen können, erzählt er. Herr Berger betont, dass er „nie einen Plan für das Scheitern“ (Z. 131) hatte, sodass er sich gezwungen fühlte, diese Herausforderung anzunehmen.*

Thema 2: Krebserkrankung als Herausforderung, auf deren Meistern man stolz sein kann

Herr Berger nimmt nicht nur die Herausforderung „Krebserkrankung“ an, er geht gleichzeitig auch von einem guten Ende aus, wie er sagt. Das Meistern der Herausforderung besteht für ihn darin, dass Anna überlebt. Sollte Herr Berger diese Herausforderung bestehen, so berichtet er, kann er diese Leistung später einmal „als Erfolg [.] für sich verbuchen (Z. 928)“, „sich irgendwann nur noch stolz zurücklehn(en)“ (Z. 930) und sagen: „wir haben alles richtig gemacht“ (Z. 931). Vorstellungen darüber, was passiert, wenn er aus der Herausforderung als Verlierer herausgeht und Anna stirbt, hat er kaum. Er sagt: „dann tanzen wir hier alle Ringelreihen (Z. 926)“, „dann weiß keiner so genau was ist“ (Z. 927).

Thema 5: Baustellen als Ausdruck einer Doppel- bzw. Dreifachbelastung

Herr Berger berichtet, dass er sich seit der Krebserkrankung von Anna mit einer „Doppelt- und Dreifachbelastung“ (Z. 145) konfrontiert sieht. Er bezeichnet diese Belastungen auch als „Baustellen“ (Z. 64/Z. 147). Die Doppelbelastung ergibt sich für Herrn Berger aus seinem Job und der gleichzeitig bestehenden „Baustelle zu Hause“ (Z. 78): die „Familie mit dem kranken Kind“ (Z. 65). Da er neben einer zeitweisen Krankenbetreuung auch die Betreuung der Geschwisterkinder übernimmt, spricht Herr Berger

auch von einer Dreifachbelastung bzw. von drei Baustellen: „am Wochenende das kranke Kind“ (Z. 147 f.), „unter der Woche der Job“ (Z. 148) und „nach dem Job dann die großen Kinder“ (Z. 149). Als Fazit stellt Herr Berger in Bezug auf sich selbst, aber auch verallgemeinernd auf Väter krebskranker Kinder fest: „dass wir einfach eine große Baustelle in unserem Leben zu viel haben“ (Z. 886 f.).

6. Schritt: Bilden zentraler, interviewspezifischer Kategorien

Das Bilden zentraler, interviewspezifischer Kategorien stellt den letzten Schritt der ersten Auswertungsphase dar. Sie ergeben sich aus den vorangegangenen Arbeitsschritten und bilden die Grundlage für den Vergleich der einzelnen Interviews (vgl. ebd., S. 13). Erst dann wird es möglich, sich einer Theorie über die Forschungsfrage zu nähern.

Die zentralen Kategorien aus dem Interview mit Herrn Berger:

- 1) *Individuelle Bewertung der Krebserkrankung und das daraus resultierende Handeln* (T. 2, 3, 4)
- 2) *Erleben der mit der Krebserkrankung verbundenen Lebensumstände*
 - a. *Wut auf die Erkrankung und die damit einhergehenden Belastungen* (T. 16)
 - b. *Ungewissheit* (T. 14, 15)
 - c. *Doppel- und Dreifachbelastung des Vaters* (T. 5)
 - d. *Erleben der Arbeit* (T. 6)
 - e. *Betreuung Geschwisterkinder* (T. 7)
 - f. *Abwechslung der Eltern bei der Krankenbetreuung* (T. 8, 9)
 - g. *Die Beziehung der Eltern* (T. 11, 12)
- 3) *Das eigene Befinden während der Krebserkrankung* (T. 21, 22)
- 4) *Fehlende Zeit für sich selbst* (T. 13)
- 5) *Individueller/situationsspezifischer Umgang mit der Erkrankung* (T. 26, 27, 28, 29, 30, 32)
- 6) *Soziale Unterstützung* (T. 23, 17, 18, 19, 20, 24, 25)

- 7) *Veränderung von Lebenseinstellungen/Wertigkeiten (T. 31)*
 8) *Wünsche/Anregungen zur Unterstützung (T. 10)*
-

Zweite Auswertungsphase: Der systematische Vergleich

Auch die zweite Auswertungsphase gliedern Jaeggi et al. in weitere drei Schritte: die Synopsis, die Verdichtung und die anschließende komparative Paraphrasierung.

1. Schritt: Die Synopsis

Bei der Synopsis wird eine Tabelle erstellt, in der sich alle zentralen Kategorien sowie die dazu gehörigen Interviews erfassen lassen. Dadurch können bereits erste Häufungen und Gemeinsamkeiten, aber auch einzeln genannte Phänomene und Unterschiede sichtbar gemacht werden (vgl. ebd., S. 14). Nach Jaeggi et al. beinhalten nicht nur die Häufungen, sondern auch die einmal besetzten Felder Erkenntniszugewinn, sodass das Forschungsinteresse auch diesen gilt. Die Ziffern hinter den Kreuzen verweisen auf die Nummerierung der zentralen Kategorie im betreffenden Interview.

Synopsis der Interviews von Herrn Berger, Schulze, Albrecht und Fischer:

	Herr Berger	Herr Schulze	Herr Albrecht	Herr Fischer
A: Bewertung der Krebserkrankung /des Todes und das daraus resultierende Handeln	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)
B: situationsspezifischer Umgang mit der Erkrankung/dem Tod	X (5)	X (5)	X (4)	X (4)
C: Das eigene Befinden	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)

D: Fehlende Zeit für sich selbst	X (4)	X (4)		
E: (Nicht-) Vorhandensein sozialer Unterstützung durch andere	X (6)	X (7)	X (5)	X (5)
F: Erleben der Diagnose und der ersten Zeit danach		X (2a)		X (2a)
G: Doppel- und Dreifachbelastung des Vaters	X (2c)			
H: Wut auf die Erkrankung und die damit einhergehenden Belastungen	X (2a)			
I: Erleben der Arbeit	X (2d)	X (2e)	X (2a)	
J: Betreuung Geschwisterkinder	X (2e)			
K: Abwechslung der Eltern bei der Krankenbetreuung	X (2f)		X (2c)	
L: Klare Aufgabenteilung zwischen Mutter und Vater		X (2g)		X (2d)
M: Erleben des Klinikalltags		X (2f)		X (2b)
N: Die Beziehung der Eltern	X (2g)	X (2d)	X (2b)	X (2c)
O: Veränderung/Scheitern der Lebensplanung		X (2b)		
P: Ungewissheit/Gewissheit	X (2b)	X (2c)		X (2e)
Q: Veränderung von Lebenseinstellungen/Wertigkeiten	X (7)	X (8)		X (6)

R: Wünsche/Anregungen zur Unterstützung	X (8)	X (9)	X (6)	
S: Auswirkungen des männlichen Geschlechterstereotyps auf die Bewältigung		X (6)		

2. Schritt: Die Verdichtung/Bildung von Konstrukten

Dieser Schritt dient dazu, die gesammelten zentralen Kategorien aller Interviews wiederum zu Konstrukten zusammenzufassen und zu verdichten. Nach Jaeggi et al. ist hierbei vor allem „genuin psychologisches Denken“ wichtig, da es nicht darum geht, logische Oberbegriffe zu finden, sondern vielmehr versucht werden soll, eine „psychologische Gestalt“ zu akzentuieren (ebd., S. 15). Bei diesem Vorgang betonen die Forscherinnen, dass intuitive Aspekte einbezogen werden können und sollen, mit der Maßgabe, dass die Zirkularität zum Ausgangsmaterial nicht verloren geht. Die gebildeten Konstrukte finden sich als einzelne Kapitelüberschriften bei der Darstellung der Ergebnisse wieder.

Aus den ausgewerteten Interviews ergeben sich nachfolgende Konstrukte:

Konstrukt 1: (Aus Kategorie A)

1. Der Kampf mit der Krebserkrankung – Väter als Kämpfer in unterschiedlichen Rollen
 - 1.1.1. Die Krebserkrankung als Herausforderung
 - 1.1.2. Die Krebserkrankung als Bedrohung
 - 1.1.3. Der Tod als (erleichterndes) Ende des Kampfes

Konstrukt 2: (Aus den Kategorien C und D)

2. Auswirkungen der Krebserkrankung auf das Befinden der Väter
 - 2.1. Ein Kampf zwischen Stabilität und Zerbrechlichkeit
 - 2.2. Die fehlende Zeit für sich selbst als Verbündete der Zerbrechlichkeit

2.3. Auszeiten als Verbündete der Stabilität

Konstrukt 3: (Aus den Kategorien F bis Q)

3. Die mit der Krebserkrankung verbundenen Lebensumstände der Väter
 - 3.1. Die Diagnose als Moment der Dunkelheit, Zerstörung und des Schocks
 - 3.2. Die innerfamiliäre Aufgabenteilung – Väter zwischen Familie und Beruf
 - 3.2.1. Die Arbeit – eine Ambivalenz aus Be- und Entlastung
 - 3.2.2. Die Betreuung der Geschwisterkinder
 - 3.2.3. Abwechslung der Eltern bei der Betreuung des erkrankten Kindes
 - 3.2.4. „Sie ist am Kind. Ich bin an der Peripherie“ – Väter als Absicherer der Rahmenbedingungen
 - 3.3. Und plötzlich passt (k)ein Blatt zwischen uns – die Beziehung der Eltern zwischen Nähe und Distanz
 - 3.3.1.1. Der „Gewinn“ der Gemeinschaft
 - 3.3.1.2. Der „Verlust“ der Partnerschaft
 - 3.3.1.3. Krebs als Belastungsprobe für die Beziehung – der unterschiedliche Umgang von Müttern und Vätern
 - 3.4. Wenn der Wahnsinn zum Alltag wird – Das Erleben der kideronkologischen Station
 - 3.5. Der Blick in die Zukunft – eine klare Ungewissheit
 - 3.5.1. Die Zukunft der Kinder
 - 3.5.2. Die Zukunft der Väter
 - 3.6. Intensivierung versus Radikalisierung – Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Lebens- und Wertkonzepte der Väter

Konstrukt 4: (Aus Kategorie B)

4. Von A wie Akzeptanz bis Z wie Zuversicht – Situationsspezifische Ressourcen der Väter als individuelle Formen der Bewältigung

Konstrukt 5: (Aus Kategorie E)

5. Die soziale Unterstützung

- 5.1.1. Offensive versus Rückzug – die Wahrnehmung familiärer und freundschaftlicher Unterstützung
- 5.1.2. Unterstützung und Hilfe durch andere Institutionen
- 5.1.3. Der Austausch mit anderen betroffenen Vätern

Konstrukt 6: (Aus Kategorie S)

- 6. Väter als Gefangene der Männlichkeit – Geschlechterstereotypen als Hindernisse gelingender Bewältigung

Konstrukt 7: (Aus Kategorie R)

- 7. Spezifische Angebote für Väter – Wünsche zwischen Aktion und Konversation
-

3. Schritt: Die komparative Paraphrasierung

Die komparative Paraphrasierung ist ein weiterer bedeutender Schritt in der Auswertung des erhobenen Interviewmaterials. Hierbei wird es möglich, die zunächst einzeln erfassten Themen unter den gebildeten Konstrukten vergleichend nebeneinanderzustellen und somit Gemeinsamkeiten und Unterschiede sichtbar werden zu lassen. Jaeggi et al. sehen das Ziel der komparativen Paraphrasierung in der Entstehung vielfältiger Variationen innerhalb der Konstrukte, welche durch „inhaltliche Kontraste, Abgrenzungen und Überlappungen“ angereichert werden (ebd., S. 17). Die ausformulierten Konstrukte als Ergebnis dieses Auswertungsschrittes bilden die Grundlage für die später folgende Darstellung der Ergebnisse und den Vergleich mit der Literatur.

Ausschnitte aus der komparativen Paraphrasierung:

Konstrukt 2: Auswirkungen der Krebserkrankung auf das Befinden der Väter

Ein Kampf zwischen Stabilität und Zerbrechlichkeit

Alle vier Väter beschreiben, dass sie die Auswirkungen der Krebserkrankung auch in ihrem eigenen Befinden spüren bzw. gespürt haben. Die Ausprägung dieser Auswirkungen wird jedoch als sehr unterschiedlich erlebt. So ist im Befinden der Väter ein deutliches Spektrum zu erkennen von „mir geht es nahezu unverändert“ (Herr Albrecht), über „ich hoffe es mit Hängen und Würgen durchzuhalten“ (Herr Berger), über „ich bin am Ende meiner Kräfte“ (Herr Schulze), bis hin zu „mir geht es wieder gut“ (Herr Fischer). Sowohl bei Herrn Albrecht als auch bei Herrn Berger und Herrn Schulze wird dabei ein Kampf zwischen dem Erhalten der eigenen Stabilität und der drohenden Zerbrechlichkeit deutlich. Allein bei Herrn Fischer scheint dieser Kampf durch den Tod seines Sohnes beendet.(...)

Konstrukt 3: Die mit der Krebserkrankung verbundenen Lebensumstände der Väter

Die Arbeit – eine Ambivalenz aus Be- und Entlastung

Herr Berger bezeichnet den Beruf als eine sehr „vaterspezifisch(e)“ Thematik (Z. 138) und stellt die Vermutung auf, dass dies „für ganz viele Väter wichtig sein (wird)“ (Z. 1064). In den Interviews haben alle drei berufstätigen Väter diese Thematik aufgegriffen. Dabei wird deutlich, dass sowohl Herr Berger als auch Herr Schulze das Fortführen ihrer Arbeit in gleicher Weise ambivalent erleben – einerseits als positive Erfahrung der Normalität, andererseits als negative Erfahrung der Belastung. So stellt für Herrn Berger sein Job neben der „Baustelle zu Hause“ (Z. 78) eine weitere „riesengroße Baustelle“ (Z. 64) dar und trägt damit zu einer „Doppelbelastung“ (Z. 93 f.) bei, wie er sagt. (...)

Zusammenfassend nimmt Herr Berger die Krebserkrankung von Anna als einen Faktor wahr, der seine Position auf Arbeit schwächt (vgl. Z. 686 f.). Er definiert die Belastungen in seinem Job als sein „Hauptproblem“ (Z. 671), als eine „Falle, aus der (er) nicht rauskomm(t)“ (Z. 682). Erschwerend kommt hinzu, dass ihm dabei auch keiner helfen kann (vgl. Z. 672/684 f.). Dementsprechend beschreibt Herr Berger die Situation als „alles andere als schön“ (Z. 83), „unbefriedigend“ (Z. 92) und hält fest: „das ist eben scheiße“ (Z. 687). Gegensätzlich zu dieser negativ behafteten Darstellung des Jobs, betont Herr Berger jedoch auch positive Aspekte. (...)

Er berichtet, dass durch das Ausüben der Arbeit einerseits sein „normales Leben so halbwegs weiterläuft“ (Z. 533 f.) und dies gleichzeitig für ihn einen Ausgleich zur Krankenbetreuung von Anna darstellt. So sagt er: „nach so einem Anna-Wochenende freu ich mich auch wieder auf mein Büro“ (Z. 534 f.). (...)

Auch Herr Schulze berichtet zunächst, dass er das Fortführen seiner Erwerbstätigkeit als eine „Plattform von Normalität“ und als einen „Rest (s)eines normalen Lebens“ erlebt hat (Z. 218 f.). Er stellt die Vermutung auf, dass es noch belastender für ihn gewesen wäre, hätte er sich ganz und gar um die Familie gedreht. Im weiteren Erzählen wird jedoch deutlich, dass die eben erwähnten Vorteile durch mangelnde Kulanz des Arbeitgebers vor allem in der Anfangszeit nicht zum Tragen kamen und die Arbeit anstelle einer stabilisierenden Wirkung ähnlich wie bei Herrn Berger zu einer „Zusatz- und Doppelbelastung“ wurde (Z. 233 f.). (...)

Im Gegensatz zu den Beschreibungen von Herrn Berger und Herrn Schulze stellte die Arbeit für Herrn Albrecht „überhaupt keine Doppelbelastung (dar). Nicht ansatzweise“, betont er (Z. 555 f.). (...)

Im Gegenteil sah Herr Albrecht seine Arbeit als eine Möglichkeit, sich einerseits abzulenkten und gleichzeitig Energie für die Betreuung im Krankenhaus zu sammeln. Dadurch war es für ihn „ein Leichtes (...), wenn (er) um fünf dort kam“, erzählt er (Z. 274 f.). „Also die Verarbeitung, die war in die Richtung (...) klasse“, hält er fest (Z. 572).

Dritte Auswertungsphase: Distanzierung und Zuspitzung

In dieser Phase der Auswertung soll sowohl eine Distanzierung vom als auch eine Zuspitzung zum Interviewmaterial in einer Form erreicht werden, wie sie in den bisherigen Auswertungsschritten nicht möglich war. Realisiert wird dies nach Jaeggi et al. durch das Fokussieren der Idiosynkrasie – einerseits als Ausdruck des kollektiven und andererseits als Eröffnung einer neuen Fragerichtung (vgl. ebd., S. 17 f.). So können beispielsweise auffällige oder ungewöhnliche Wortwahl, bezeichnende Metaphern oder irritierende Interaktionsformen von großer Bedeutung für das Forschungsinteresse sein, ohne dass diese ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt wären (vgl. ebd.). Mit der Phase der Distanzierung und Zuspitzung schaffen Jaeggi et al. die Gelegenheit, auch diesen Auffälligkeiten einen geeigneten Raum der Darstellung zu bieten und so einen weiteren, gewinnbringenden Blick auf das Datenmaterial zu eröffnen.

Da in den Interviews einige sehr auffallende, interessante Metaphern deutlich wurden, wird der Auswertungsschritt der Idiosynkrasie in Anlehnung an die Metapherntheorie von Lakoff und Johnson (1980, zit. nach Hildenbrand 1998) und die Systematische Metaphernanalyse von Schmitt (2003) bearbeitet.

„Das Wesen der Metapher besteht darin, dass wir durch sie eine Sache oder einen Vorgang in Begriffen einer anderen Sache bzw. eines anderen Vorgangs verstehen und erfahren können.“

(vgl. Lakoff & Johnson 1980, zit. nach Hildenbrand 1998, S. 13)

Lakoff und Johnson definieren die Metapher nicht, wie im ursprünglichen Sinne, als eine „poetische Imagination (...) (im) Bereich der außergewöhnlichen Sprache“ oder als ein „rein sprachliches Phänomen“ (ebd., S. 11). Mit ihrer Theorie erweitern sie den Bedeutungshorizont der Metapher, wonach diese sprachlichen Bilder nicht nur in der Sprache selbst, sondern auch als umfangreiches „Konzeptsystem“ im Denken und Handeln der Menschen fest verankert sind und dieses beeinflussen (vgl. ebd.). Nach Lakoff und Johnson spielt demnach dieses meist unbewusst existierende Konzeptsystem „bei der Definition unserer Alltagsrealitäten eine zentrale Rolle“ (ebd.). Die metaphorische

Analyse der sprachlichen Konzepte kann damit eine „wichtige Erkenntnisquelle“ darstellen, um das Denken und Handeln einzelner Menschen zugänglich und bewusst zu machen (vgl. ebd.). Schmitt (2003) entwickelte aus dieser Theorie heraus die qualitative Sozialforschungsmethode der Systematischen Metaphernanalyse.

Um die Bildung der nachstehenden metaphorischen Konzepte aus den Interviews besser zu verstehen, wird zunächst ein Beispiel gegeben, aus welchem ersichtlich wird, „was es für ein Konzept heißt, metaphorisch zu sein“ (ebd., S. 12). Ein metaphorisches Konzept, das sich häufig in unserer Alltagssprache findet, ist: *Zeit ist Geld* (vgl. ebd., S. 15). Dieses Konzept ergibt sich beispielsweise aus Ausdrücken wie (vgl. ebd.):

„Sie *vergeuden* meine Zeit.“

„Dieses Gerät wird Ihnen viel Zeit *ersparen*.“

„Ich habe keine Zeit zu *verschenken*.“

„Dieser platte Reifen *kostete* mich eine Stunde.“

„*Lohnt* sich das zeitlich für dich?“

Ausarbeitung bezeichnender metaphorischer Konzepte aus den Interviews:

Väter sind Maschinen/Computer

Ein metaphorisches Konzept, welches bei der Mehrzahl der Väter ins Auge fiel, besteht aus der Annahme, dass Väter Maschinen/Computer sind. Lakoff und Johnson ordnen derartige Konzepte der Gruppe der Strukturmetaphern zu (vgl. ebd., S. 12 ff.). Bei dieser Art von Metaphern wird ein Begriff metaphorisch durch einen anderen Begriff strukturiert. Der Quellbereich (hier: Maschinen/Computer) wird auf einen oft abstrakteren Bereich, den sogenannten Zielbereich (hier: Väter) übertragen.

So äußert beispielsweise Herr Schulze, dass er durch die Krebserkrankung des Kindes nur noch „auf (...) funktionale Aspekte konzentriert (wurde)“ (Z. 264 f.). Herr Fischer verdeutlicht dies, indem er sagt, die Zeit der Krebserkrankung ist ein reines „Dahin-

funktionieren“ (Z. 860 f.) und auch Herr Berger gibt an, rückblickend „super funktioniert“ zu haben (Z. 120). Aber selbst super funktionierende Maschinen können unter anderem durch Überbelastung kaputtgehen, was beispielsweise in Herrn Bergers Aussage deutlich wird: „Die Folge könnte sein, dass zu einem (...) noch nicht feststehenden Zeitpunkt, wir völlig zusammenbrechen“ (Z. 121 ff.). Ebenso sieht sich Herr Schulze mit der Gefahr der „Zerbrechlichkeit“ (Z. 908 f.) konfrontiert. Spannend ist in diesem Zusammenhang wiederum Herr Bergers Feststellung, dass „Väter (...) irgendwie darauf programmiert (sind), dass sie das durchhalten.“ (Z. 562 f.).

Die Frage, von wem Väter programmiert werden, bleibt an dieser Stelle offen. Eine Vermutung läge zum Beispiel in Geschlechtsstereotypen wie die des „starken Mannes“. Aus diesem Konzept ließen sich weitere Frage- und Forschungsrichtungen eröffnen, z.B.:

„Welche Faktoren nehmen Einfluss auf den Umgang mit kritischen Lebensereignissen/auf das spezifische Bewältigungsverhalten von Vätern?“

„Welchen Einfluss hat der männliche Sozialisationsprozess auf den Umgang mit kritischen Lebensereignissen/auf das spezifische Bewältigungsverhalten von Vätern?“

„Sind Frauen/Mütter auch auf Durchhalten programmiert? Wie unterscheidet sich der Umgang mit der Krebserkrankung zwischen Müttern und Vätern?“

Die Thematik der Auswirkungen männlicher Geschlechtsstereotypen auf das Bewältigungsverhalten der Väter wird in Kapitel 7.7. noch einmal explizit aufgegriffen.

Probleme/Belastungen sind Baustellen

Auch das speziell von Herrn Berger auffällig verwendete Konzept „Probleme/Belastungen sind Baustellen“, ist nach Lakoff und Johnson den Strukturmetaphern zuzuordnen.

Für Herrn Berger gibt es seit der Krebserkrankung seiner Tochter viele Baustellen in seinem Leben, wobei er davon ausgeht, dass vermutlich sehr viele Väter mit einem

krebskranken Kind „eine große Baustelle in (ihrem) Leben zu viel haben“ (Z. 886 f.). Auffällig ist, dass die Baustellen verschiedene Bedeutungen beinhalten.

So sieht er sich sehr oft mit drei Baustellen konfrontiert, auf welchen er vermutlich selbst als Bauarbeiter tätig ist und mitarbeitet: „am Wochenende das kranke Kind, (...), unter der Woche der Job (...) und nach dem Job dann die großen Kinder“ (Z. 147 ff.). Es lässt sich annehmen, dass durch die Krebserkrankung in diesen Bereichen etwas zerstört oder durcheinandergebracht wurde, was nun auf den Baustellen wieder aufgebaut und geordnet werden soll. Dahingegen berichtet Herr Berger auch von einer Baustelle, auf der etwas Neues errichtet werden müsste, ihm dafür aber die Zeit fehlt. Er verdeutlicht dies, indem er sagt: „Noch eine (...) ganz andere Baustelle, also Dinge, die mir hier so prinzipiell im Leben [...] etwas fehlen, dazu gehört auch, so eine richtige Männerrunde“ (Z. 843 ff.). Eine weitere Baustelle sieht Herr Berger auf sich zu kommen, wenn es spezifische Hilfsangebote für Väter gäbe, da die Betreuung der Geschwisterkinder in dieser Zeit nicht mehr gesichert wäre. Vor allem dieser Aspekt muss die Frage eröffnen, inwiefern sich Hilfsangebote für Väter schaffen lassen, ohne ihnen dafür eine weitere „Baustelle“ zu schaffen? Welche Möglichkeiten gibt es, die „Bauarbeiter Väter“ auf Baustellen zu unterstützen und zu entlasten?

Glücklich sein ist oben – Traurig sein ist unten

Eine weitere hervortretende Metapher wird in den Ausführungen von Herrn Schulze über die Auswirkungen der Krebserkrankung auf sein eigenes Befinden ersichtlich. Auffällig in seinen Schilderungen ist dabei die bildhafte Darstellung seines Erlebens durch die Verwendung einer Orientierungsmetapher. Hierzu zählen nach Lakoff und Johnson Metaphern, mit denen durch die Verwendung räumlicher Strukturierung abstrakte Dinge beschrieben werden (vgl. Lakoff & Johnson 1980, zit. nach Hildenbrand 1998, S. 22). Orientierungsmetaphern beziehen sich somit meistens auf die Orientierung im Raum (vgl. ebd.). Durch Präpositionen wie oben-unten, innen-außen, vorne-hinten, tief-flach etc. wird Konzepten eine räumliche Beziehung gegeben. In den Ausführungen von Herrn Schulze ist dies: „Glücklich sein ist oben – Traurig sein ist unten“ (vgl. ebd.).

Der Vater beschreibt, dass er durch die Diagnose von der Situation eines glücklichen, jungen Vaters, auf das Problem der lebensbedrohlichen Erkrankung seiner Tochter „*runtergedonnert*“ wurde, was er als eine „*gewaltige Sturzhöhe*“ empfand (Z. 41 ff.). So „waren (wir) völlig *am Boden* erstmal“, erzählt Herr Schulze (Z. 45). In der gemeinsamen Familienkur machte der Vater schließlich die Erfahrung, dass er „*aufgefangen*“ und gleichzeitig auch wieder „*hochgeworfen*“ wurde, was er als sehr toll empfand (Z. 655 ff.). Nachdem Herr Schulze bei dem Kontrolltermin im Anschluss der Chemotherapie und der Kur jedoch erfahren hat, dass der Tumor seiner Tochter wieder wächst, gibt er an, sich „wieder auf dem denkbaren *Tiefstpunkt*“ zu befinden (E-Mail). Es wird deutlich, dass sich Herr Schulze zwischen einem ständigen Auf und Ab der Gefühle bewegt. Geht es seiner Tochter gut, ist auch er „oben auf“. Geht es seiner Tochter schlechter, „sinkt“ auch seine Stimmung wieder. Vor der Familienkur scheint nichts dagewesen zu sein, was den Vater hätte auffangen können. Im Gegensatz gibt er an, dass ihm das Leben zusätzlich noch *erschwert* wurde, weil er „um alles kämpfen (musste)“ (Z. 659 ff.). Erst zur Kur machte er die „völlig überraschend(e)“ Erfahrung, „um gar nichts kämpfen (zu müssen)“ (Z. 431). Dort hat man versucht, Herrn Schulze „das Leben *leichter* zu machen“ (Z. 432 ff.). Durch dieses „Leichtermachen“ und der damit einhergehenden „Entlastung“ wurde dem Vater die Möglichkeit einer „Aufwärtsbewegung“ geschaffen. Herr Schulze beschreibt dies als eine „völlig neue Erfahrung“ (Z. 435 f.).

Diese Erfahrungen machen deutlich, dass es Möglichkeiten gibt, Väter in den Momenten des Falls aufzufangen. Interessant wäre in diesem Zusammenhang zu schauen, wie es möglich ist, Väter nicht erst zur Kur, sondern bereits schon zu einem früheren Zeitpunkt aufzufangen und somit gegebenenfalls auch die Sturzhöhe zu verringern oder wenigstens den Aufprall weicher zu gestalten?

Vierte Auswertungsphase: Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse bildet den Abschluss der Auswertungsmethode des Zirkulären Dekonstruierens. Nachdem alle Interviews zunächst einzeln dekonstruiert und schließlich im Rahmen der komparativen Paraphrasierung in einen gemeinsamen Bezug

geführt wurden, können nun die Ergebnisse präsentiert und in einen Vergleich mit der bisherigen Literatur integriert werden. Dabei ist es das Ziel, herauszuarbeiten, „in welchen vorzufindenden Theoriezusammenhang sie einzuordnen sind“ (ebd., S. 19) und dabei Übereinstimmungen, Widersprüche oder auch neue Erkenntnisse sichtbar werden zu lassen. Es besteht außerdem die Möglichkeit, dass die Forschungsfrage bisher theoretisch noch gar nicht beleuchtet wurde und so völlig neue theoretische Überlegungen bedeutsam werden, auch wenn dies vor allem in Diplomarbeiten eher selten der Fall ist (vgl. ebd.).

Jaeggi et al. heben hervor, dass bei der Darstellung der Ergebnisse vor allem die Anreicherung mit typischen Zitaten aus dem Ausgangsmaterial von großer Bedeutung ist, da sie nicht nur theoretische Überlegungen veranschaulichen, sondern zudem „nachvollziehbarer werden lassen, in welcher Weise ein beobachtetes bzw. beschriebenes Phänomen einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn birgt oder eine neue Fragerichtung eröffnet hat“ (ebd.).

Die Darstellung der Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit und deren Vergleich mit der Literatur finden sich nach der folgenden Reflexion der Auswertungsmethode.

6.6.4. Reflexion der Auswertungsmethode

Die Methode des Zirkulären Dekonstruierens nach Jaeggi, Faas und Mruck habe ich in bisherigen Forschungsarbeiten noch nicht angewandt. Dementsprechend unsicher näherte ich mich insbesondere bei der Auswertung des ersten Interviews dem Material. Die einzelnen Auswertungsschritte waren geprägt durch Zweifel, ob ich mich auf dem richtigen Weg befinde, mein Blick auf das Material nicht zu eng oder zu weit ist und die Schritte im Sinne von Jaeggi et al. ausgeführt werden. Ich „klammerte“ mich anfangs sehr am Material fest, in der Angst, Wichtiges zu übersehen, tat dabei aber genau das, wovon Jaeggi et al. abraten. So legen sie nahe, „das Material zunächst in einem beherzten Sechsschritt zügig zu strukturieren (und) dabei (...) insbesondere bei der ersten Textnäherung Grübeln und Gründeln zu vermeiden“ (ebd., S. 7). Auch während des weiteren Auswertungsprozesses traten hin und wieder Unsicherheiten auf. Flick rät bei

etwaigen Problemen, „den Umgang mit dem Text gemeinsam in einer Interpretationsgruppe zu reflektieren“ (ebd. 2009, S. 475) und auch Jaeggi et al. vermerken, dass sich „eine Interpretationsgemeinschaft oder eine Forschungssupervision (...) in diesem Kontext als segensreich (erweisen)“ (ebd. 1998, S. 5). Die Möglichkeit des Austausches in einem Kolloquium für DiplomandInnen war für mich in diesem Zusammenhang sehr hilfreich, auch wenn ich mir manchmal eine/n „ForschungspartnerIn“ gewünscht habe, um sich gegenseitig intensiver über Interpretationsideen oder auch bei Interpretationsblockaden auszutauschen. Für größere Forschungsvorhaben sehe ich eine derartige Forschungsgruppe als Mittel der Steigerung der Forschungsqualität als angebracht, um die Erkenntnisse durch den Blick mehrerer ForscherInnen zu prüfen und zu sichern. Mit den weiteren Interviews wuchs jedoch meine Sicherheit im Umgang mit der Methode, sodass ich den Prozess der Auswertung rückblickend als positiv und erfolgreich bewerte.

Die Auswertungsmethode an sich empfand ich zudem als sehr geeignet, um der Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit nachzugehen. Vor allem schätzte ich die Zirkularität und den damit einhergehenden ständigen Wechsel zwischen Nähe und Distanz zu den Interviews. Dadurch wird der Blick auf neue Erkenntnisse gefördert, ohne dass der Bezug zum Material verloren geht. Ebenso die Möglichkeit, die Kategorien direkt aus den Interviews heraus zu entwickeln, ohne im Vorfeld bereits festgelegte theoriegeleitete Aspekte an das Interviewmaterial heranzutragen, erlebte ich für das zu untersuchende Feld als sehr passend. Als kritisch sehe ich den Hinweis von Jaeggi et al., zum Erstellen der Stichwortliste nur stichprobenartig die ersten, die mittleren und die letzten Seiten des Interviews heranzuziehen. Wäre ich diesem gefolgt, wären eine Menge wichtiger Aussagen der Väter verlorengegangen.

7. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

Dieses Kapitel beinhaltet zunächst Kurzportraits der Interviewpartner, bevor anschließend die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit vorgestellt und diskutiert werden. Aufgrund der Fülle findet sich zur besseren Übersichtlichkeit in Kapitel 8 noch einmal eine Zusammenfassung der gesamten Ergebnisse.

7.1. Die Interviewpartner im Portrait

Der folgende Abschnitt soll einen Einblick in die Lebenswelt der für die Auswertung einbezogenen Interviewpartner vermitteln. Auf genauere Angaben zu den einzelnen Vätern wird aus Datenschutzgründen verzichtet. Der Fokus der Kurzportraits liegt auf dem Krankheitsverlauf des Kindes, um die Rahmenbedingungen aufzuzeigen, in denen sich die Väter befinden. In den Interviews wird ersichtlich, dass diese Einfluss auf das Erleben und Bewältigen der Väter haben. Die Daten entstammen aus den Interviews. Die Darstellung des aus dem Prozess der Auswertung stammenden Mottos soll einen Eindruck des jeweiligen Interviews vermitteln.

Interviewpartner 1: Herr Berger

„das haben wir Krebsvatis wahrscheinlich alle gemeinsam, (...), dass wir einfach eine große Baustelle in unserem Leben zu viel haben“ (Z. 886 f.)

Herrn Bergers Tochter Anna befindet sich seit über zwei Jahren wegen einer Krebserkrankung in Behandlung. Zunächst wurde bei ihr ein Tumor diagnostiziert, welcher sich bereits in einem sehr weit fortgeschrittenen Stadium befand. Die Überlebenschance von Anna wurde Familie Berger in der Anfangsphase „mit **bis** zu fünfzig Prozent (...) vermittelt“, erzählt der Vater (Z. 42). Es folgte eine „lange Mühle“ (Z. 39) aus Chemotherapie, Operation und Bestrahlungen. Nach einer erfolgreichen Behandlung des Tumors konnte Anna nach einem Jahr die Intensivbehandlung abschließen. Ein halbes Jahr später stellte man jedoch eine Folgeleukämie fest, wodurch sich die Prognose für Anna erneut massiv verschlechterte, wie Herr Berger sagt. Er beschreibt, dass sie „also noch mal durch die Mühle mussten von Chemoblöcken“ (Z. 57). Zum Zeitpunkt des Interviews befand sich Anna bereits seit mehreren Monaten zur Knochenmarktransplantation in D-Stadt.

Interviewpartner 2: Herr Schulze

„Es ist, ja [...] Battlefield, (...) man kämpft ums Überleben“ (Z. 68 f.)

Bei Herrn Schulzes Tochter Sonja wurde bereits im Säuglingsalter ein Tumor diagnostiziert. Da die Gefahr einer Operation zu groß war, wurde Sonja mit Chemotherapie behandelt. Während der Behandlung ging es Sonja oft schlecht, wie der Vater erzählt. Nachdem nach einem halben Jahr die Chemotherapie abgeschlossen werden sollte, stellte sich heraus, dass sich der Tumor „verdoppelt hatte, statt zu schrumpfen“ (Z. 398 f.). Daraufhin hat Familie Schulze „nochmal ein Jahr drangehängt“ (Z. 399). Zum Zeitpunkt des Interviews lag der Kontrolltermin, welcher zeigen sollte, ob der Tumor nach Abschluss der zweiten Chemotherapie erneut gewachsen ist, noch vor der Familie. Herr Schulze bezeichnete diesen Tag als „Zahltag“ (Z. 186). Er setzte große Hoffnungen in die Vorstellung, dass der Tumor „erstmal still ist“ und sich für alle „ein bisschen Entspannung, ein bisschen Entwarnung“ einstellt (Z. 188 ff.). Einige Wochen nach der Aufzeichnung des Interviews meldete sich Herr Schulze per E-Mail bei der Interviewerin und teilte mit, dass das MRT schlecht ausgefallen ist und Sonja wahrscheinlich wieder eine Chemotherapie und eventuell auch eine Operation vor sich hat. Er vermerkte diese Nachricht mit der Aussage: „Wenn man nicht weiß, wo’s hingeht, ist der Weg auch egal“.

Interviewpartner 3: Herr Albrecht

„Wie ist der Plan?“ (Z. 112)

Bei Ben Albrecht wurde eine Leukämie diagnostiziert, welche mit einer ca. halbjährigen Chemotherapie behandelt wurde. Herr Albrecht berichtet, dass die Chancen seines Sohnes auf eine Heilung von Beginn an sehr gut standen. Im Vergleich zu anderen Kindern „sind wir eigentlich ganz gut durchgekommen“, erzählt er (Z. 372 f.). So gab es „nur zwei (...) Wochen, wo es ihm richtig schlecht ging“, aber er hatte auch „viele Wochen, wo es ihm mittelmäßig schlecht ging“ (Z. 361 ff.). Dennoch hält Herr Albrecht fest, dass es Ben im Vergleich zu den anderen Kindern besser ging und er beispiels-

weise auch von den Nebenwirkungen weniger abbekam. „Alles kein Problem, alles easy, dem geht's gut. Die Werte funktionieren, die Chemo hilft, es kann nicht besser sein“, berichtet er von der Zeit, als Ben noch im Krankenhaus war (Z. 479 f.). Mittlerweile befindet sich Ben in Anschlussbehandlung und es geht ihm gut.

Interviewpartner 4: Herr Fischer

„Lukas ist immer noch bei uns“ (Z. 658 f.)

Familie Fischer erhielt die Diagnose der Leukämie ihres Sohnes vor mehr als drei Jahren. Die Ersterkrankung wurde mit einer Chemotherapie zunächst erfolgreich behandelt, bis man schließlich nach über einem halben Jahr bei einer Kontrolle feststellte, dass die Leukämie zurück war. „Und da war halt (...) das ganze Theater wieder da“, erzählt Herr Fischer (Z. 54 f.). Lukas wurde erneut mit Chemotherapie und zusätzlich mit Strahlentherapie behandelt, zunächst, wie es schien, mit Erfolg. Diesmal mussten sie jedoch bereits nach weniger als einem halben Jahr erfahren, dass Lukas ein zweites Rezidiv erlitten hatte und diesmal „das Knochenmark im Arsch (war)“, wie Herr Fischer sagt (Z. 75 f.). Mit einer intensiven Chemotherapie wurde Lukas auf eine Knochenmarktransplantation vorbereitet. Diese Zeit beschreibt der Vater als „katastrophal, dass Kind so leiden zu sehen, aber es blieb kein anderer Weg. Man musste ihn gehen“ (Z. 97 ff.). Die Knochenmarktransplantation verlief positiv und die Abschlussuntersuchung zeigte „alle Werte auf 100 Prozent“ (Z. 104). „Es war alles in Ordnung“, erzählt Herr Fischer (Z. 106). „Das eigentlich Tragische“, wie er sagt, kam für die Familie jedoch bereits zwei Wochen später, als man feststellen musste, dass das Knochenmark erneut mit Krebszellen befallen war (Z. 120). Die Chance, dass Lukas nach drei Rezidiven eine weitere Chemotherapie überleben würde und damit noch einmal auf eine Transplantation vorbereitet werden könnte, war sehr gering. Die Eltern entschieden sich ihren Sohn zu fragen, ob er dies noch einmal versuchen möchte: „Nein, ich möchte keine mehr. Ich möchte nach Hause“, war Lukas' Antwort und „wir haben es akzeptiert“, sagt Herr Fischer (Z. 174 f.). Lukas ist wenige Wochen später „eingeschlafen“ (Z. 177).

Nach diesem Einblick in die Krankheitsgeschichte der Kinder und damit auch in die Lebensumstände der einzelnen Väter, folgt nun die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse aus den Interviews.

7.2. Der Kampf mit der Krebserkrankung – Väter als Kämpfer in unterschiedlichen Rollen

Dieses Kapitel stellt dar, wie die in dieser Arbeit interviewten Väter der Krebserkrankung ihres Kindes gegenüberstehen und mit dieser Krisensituation umgehen. Dabei werden unter anderem Zusammenhänge zu dem kognitiv-transaktionalen Modell der Stressbewältigung von Lazarus (vgl. Kapitel 5.3.) und dem Krisenverarbeitungsmodell von Schuchardt (vgl. Kapitel 5.1.) deutlich.

Wie bereits erläutert wurde, spielen nach Lazarus im Umgang mit kritischen Lebensereignissen vor allem kognitive Aspekte eine entscheidende Rolle. Dabei wird von den betroffenen Personen zunächst eingeschätzt, ob es sich um ein stressreiches Ereignis handelt. Ist dies der Fall, so bestehen nach Lazarus drei Möglichkeiten der kognitiven Bewertung: die Krebserkrankung des Kindes ist eine Schädigung/ein Verlust, eine Bedrohung oder eine Herausforderung. In der folgenden Darstellung wird in Anlehnung an Lazarus deutlich, dass sich insbesondere die drei Väter in einer stressreichen Situation erleben, welche sich gegenwärtig noch in der „Akutsituation Krebserkrankung“ befinden. So wird die Krebserkrankung des Kindes von Herrn Berger und Herrn Albrecht nach eigenen Aussagen als Herausforderung und von Herrn Schulze als Bedrohung wahrgenommen. Allein Herr Fischer scheint durch den Tod seines Sohnes nicht mehr im stressreichen Kampf mit dem Krisenauslöser zu stehen. Durch das Akzeptieren des Todes werden bei ihm stattdessen Gefühle der Ruhe und Erleichterung ersichtlich.

7.2.1. Die Krebserkrankung als Herausforderung

Sowohl Herr Berger als auch Herr Albrecht begeben sich offensiv in die Situation und treten der Krebserkrankung aktiv gegenüber. Während Herr Berger direkt davon spricht, die Krebserkrankung seiner Tochter von Anfang an als eine „Herausforderung gesehen

(zu haben), die zu bewältigen war und die irgendwie organisiert werden musste“ (Z. 126 ff.), liegt bei Herrn Albrecht die Herausforderung in dem Arbeitsauftrag, als welchen er die Krebserkrankung seines Sohnes auffasst und welcher „von außen kam und der jetzt so organisiert werden musste“ (Z. 168 f.). Aus der Formulierung, dass es „organisiert werden musste“, wird deutlich, dass beide Väter keine andere Wahl für sich sahen, als diese Herausforderung anzunehmen.

So beschreibt beispielsweise Herr Berger, dass es für ihn „keine Rückzugsmöglichkeit“ (Z. 133) gab bzw. er nicht gewusst hätte, wie ein „kontrollierter Rückzug“ (Z. 133) hätte aussehen können. Auch in diesem Aspekt kommt die Metapher des Kampfes zum Ausdruck. Er betont, dass er „nie einen Plan für das Scheitern“ (Z. 131) hatte, sodass er sich gezwungen fühlte, sich der Herausforderung zu stellen. Gleichzeitig gibt Herr Berger an, dass er sich den Kampf anders wünschen würde, als er tatsächlich stattfindet. Er hat das Gefühl, gar nicht richtig kämpfen zu können, da es ihm nicht möglich ist, „mit voller Kraft irgendwas (zu) bewirken“ (Z. 985). So sieht sich der Vater in seiner Rolle als Herausforderer häufig weniger als „Kämpfer“, sondern vielmehr als „Verwalter“ (vgl. Z. 976 ff.), der versucht „alles (...) gleichzeitig am Laufen (zu) halte(n)“ (Z. 977). Das Einzige was er tun kann, ist, zu schauen, „dass das Kind sich bestmöglich aufgehoben, beschützt und behütet fühlt“ (Z. 983 f.) sowie „daneben(zu)sitzen und (zu) gucken, dass niemand anders sonst viel zu kurz kommt“ (Z. 986) und zu „hoffen“ (Z. 987). „Aber mehr ist es ja nicht“ (Z. 984 f.), äußert Herr Berger und hält fest, dass er nur ganz, ganz wenig tun kann. Da er lieber mehr kämpfen würde, fühlt er sich oft „zu so einer blöden Passivität verdammt“ (Z. 989). Dennoch geht der Vater „von einem guten Ende“ (Z. 927 f.) und somit von einem Sieg des Kampfes aus. Das Meistern der Herausforderung besteht für ihn darin, dass seine Tochter überlebt. Sollte Herr Berger diese Herausforderung bestehen, kann er diese Leistung später einmal „als Erfolg [...] für sich verbuchen“ (Z. 950), „sich irgendwann nur noch stolz zurücklehn(en)“ (Z. 928 f.) und sagen: „wir haben alles richtig gemacht“ (Z. 931). Dieser Aspekt wird auch von Lazarus aufgegriffen. Er geht davon aus, dass Anforderungen eines kritischen Lebensereignisses als Möglichkeit zu persönlichem Wachstum, Gewinn oder Meisterung einer Situation gesehen werden, wenn das kritische Lebensereignis als Herausforderung betrachtet wird (vgl. ebd. 1995, S. 212).

Auch Herr Albrecht berichtet von der Zeit, als sich sein Sohn in der Akuttherapie befand, dass er „dort ein halbes Jahr einen Kampf (ge)macht hat“ (Z. 1117 f.). In E-Mails, welche der Vater an seine Freunde verschickte, schreibt er nach der Diagnose, dass sie ihren „Optimismus behalten und kämpfen werden“. Nachdem sein Sohn in der Therapie gut vorankommt, verfasst er erneut eine E-Mail mit den Worten: „Der Optimismus und willensstarke Kampf wird SIEGEN!!“ (Hervorhebung im Original). Die Herausforderung des Kampfes lag für den Vater in dem ihm zugetragenen „Arbeitsauftrag Krebserkrankung“. Während Herr Berger eher den „kämpfenden Verwalter“ darstellt, kommt bei Herrn Albrecht die Rolle des „kämpfenden Arbeiters“ zum Ausdruck. Der Vater, welcher selbst eine eigene Firma besitzt, erzählt, nach dem Erfahren der Diagnose zunächst zwar erstmal kurz unter Schock gestanden zu haben, danach aber sofort wieder „sehr realistisch“ (Z. 28) und „klar bei Gedanken“ gewesen zu sein (Z. 31), sodass er überlegte: „Was muss jetzt in welcher Reihenfolge als erstes gemacht werden?“ (Z. 31 ff.). Herr Albrecht betont, dass es für ihn in seiner Firma sehr wichtig ist, zu jedem Problem sofort einen Plan zu haben. Dies verfolgte er auch im Umgang mit der Krebserkrankung weiter. „Es musste immer sofort wieder einen Plan geben“, sagt der Vater (Z. 165 f.), denn nur auf diese Weise kann er Probleme und auch Angst abarbeiten und zudem vermeiden, in das von ihm gefürchtete „depressive Loch“ zu fallen, macht er deutlich. Die Worte „Verarbeitung“, „verarbeiten“, „abarbeiten“ u.ä. ziehen sich auffällig häufig durch das gesamte Interview. Die Betreuung seines Sohnes in der Klinik beschreibt er als „Volltagsjob“ (Z. 1120) oder auch „Abendjob“ (Z. 255 f.), wobei ebenfalls der Aspekt der Arbeit zum Ausdruck kommt. Auch die Tatsache, dass es seinem Sohn während der Behandlungszeit häufig besser ging als anderen Kindern, sieht Herr Albrecht als ein „Bestätigen von seiner Arbeit, die (er) dort gemacht hat“ (Z. 380 ff.). Um auch eine „schöne Basis“ zu schaffen, „wo man gleich miteinander arbeiten konnte“ (Z. 1053 f.), bot er dem Personal in der Klinik gleich zu Beginn das „Du“ an, berichtet er.

Durch dieses sehr aktive Wirken und Handeln, aufgrund der Zielstellung der Erfüllung des Arbeitsauftrages, kam es jedoch immer wieder zu Differenzen mit dem Klinikpersonal. So hat Herr Albrecht beispielsweise gleich am Anfang eine Liste mit „Missständen“ eingebracht, in der er „Betriebsblindheiten“ aufdeckte, „höflich und mit Danke

und Bitte, nicht mit Vorhaltungen“, betont er, was jedoch vom Klinikpersonal nicht mit der erwarteten Dankbarkeit aufgenommen wurde, wie er sagt (Z. 1313 ff.). „Naja, das haben sie eben nun gemerkt, dass ich auch immer für jeden Missstand immer einen Plan gleich dahinter hatte“ (Z. 1352 f.), erzählt er und stellt schließlich fest: „Mir ist bewusst, das ist hier wie eine Firma und du bist ein Mitarbeiter. Ich bin in meiner Firma (...) der Chef und der Bestimmer, dort werde ich es nicht sein können, ich werde es auch nie werden, das geht nicht“ (Z. 1142 ff.). „Das sind einfach mal die, die Ben helfen wollen und müssen und ich muss das akzeptieren und ich muss nach deren Spielregeln tanzen“, fügt er hinzu (Z. 1444 ff.). Herr Albrecht merkt an, dass es keinen anderen Vater gab, „der sich auf dieser Ebene dort so arrangiert hat“ (Z. 1199 f.). Er hat jedoch gehört, dass andere Väter „anders Krach gemacht“ haben, indem sie beispielsweise mit einem Anwalt drohten, weil die Medikation nicht gestimmt hat. Im Zusammenhang mit diesen Differenzen resümiert der Vater: „Aber es geht ja nur mit Kampf“ (Z. 1301).

Bei der anfangs erwähnten Fachtagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie (PSAPOH) unter dem Schwerpunkt „Väter krebskranker Kinder“ wurden ähnliche Erfahrungen beschrieben. Uwe Sanneck vom Institut für Trauerarbeit (ITA) der Ev. Akademie Nordelbien in Hamburg berichtete von Vätern, welche beispielsweise verschiedenste Ämter verklagten. Sanneck (2009) erklärt dieses Verhalten damit, dass Männer vor allem über Handlungen an ihre Gefühle heran finden, und dass die Möglichkeit, etwas aktiv tun zu können, ihnen hilft, ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen. Dabei spricht auch Sanneck vom Medium des „Kämpfens“, welches für Väter ein Ausdruck von Emotionen und Trauer ist. Ebenso thematisierte Klaus-Herbert Kinast (2009) auf dieser Fachtagung, dass bei Vätern die Reaktion des „Kämpfens“ klar im Vordergrund steht, da darin die Möglichkeit besteht, in ihrer Hilflosigkeit dennoch etwas für das Kind tun zu können.

Bei Herrn Berger und Herrn Albrecht wird zudem die von Lazarus beschriebene „problemzentrierte Funktion“ des Bewältigungsverhaltens sehr deutlich (vgl. Kapitel 5.3.1.). Beide Väter versuchen sich der durch die Krebserkrankung hervorgerufenen Problemsituation aktiv zu stellen und diese mit eigenen Kräften zu verändern, auch wenn Herr Berger dabei nicht so viel tun kann, wie er gern würde. Nach Lazarus ist

dafür der von den Vätern beschriebene direkte Umgang mit dem Stressor Voraussetzung. Durch diese herausfordernde Position im Kampf und das damit einhergehende aktive Gestalten der Begegnung erhalten Herr Berger und Herr Albrecht etwas Kontrolle über die Situation, was nach Zimbardo und Gerrig grundlegend für problem-lösende Bewältigungsstrategien ist (vgl. Kapitel 5.3.1.).

Bei Herrn Albrecht lässt sich dabei jedoch eine Art der Bewältigung vermuten, welche sich auf einer Gratwanderung zwischen „sich der Situation stellen“ und „die Situation meiden“ bewegt. Nach Lazarus ist diese sehr spezifische Art des Umgangs, wie sie sich bei Herrn Albrecht äußert, unter die Bewältigungsstrategie der direkten Aktion zu fassen (vgl. Kapitel 5.3.2.). Der Stresstheoretiker zählt dazu beispielsweise das Stürzen in Arbeit, was bei dem Vater offensichtlich der Fall ist. Interessanterweise stürzt er sich dabei jedoch nicht in seinen eigentlichen Job, sondern in den Arbeitsauftrag „Krebserkrankung“. Er bringt selbst zum Ausdruck, dass es ihm durch diese „Dauerbeschäftigung“ möglich wird, dem gefürchteten „depressiven Loch“ zu entfliehen und somit emotionale Zusammenbrüche zu vermeiden (vgl. Kapitel 7.3.). Damit kommt nach Lazarus eine weitere Form der Bewältigung hinzu, mit welcher intrapsychische Prozesse wie Vermeidung, Verdrängung etc. verbunden sind (vgl. Kapitel 5.3.2.).

Weiterhin werden bei Herrn Albrecht zwei situationsspezifische Reaktionen deutlich, wie sie Lehr und Thomae beschreiben. Durch die Krebserkrankung des eigenen Kindes wird man zunächst machtlos. Die Kontrolle, die Herr Albrecht vermutlich sonst in seinem Leben hat, wurde ihm mit der Krebserkrankung genommen. Möglicherweise definiert er gerade deshalb die Situation als einen Arbeitsauftrag, bei welchem er der Chef ist, um diese Kontrolle wieder zu erlangen. So hat er die Möglichkeit einzugreifen und Dominanz auszuüben, um sich, wie Lehr und Thomae sagen, wieder „selbst zu behaupten“ (vgl. Kapitel 5.5.2.). Wenn die Qualität und Stabilität des eigenen Selbstbildes durch die Erkrankung des Kindes gefährdet wird, so können solche Reaktionen wie bei Herrn Albrecht erforderlich werden, um die Selbstachtung zu verteidigen bzw. wiederherzustellen. Wie der Vater selbst äußert, kam es aufgrund dieser Einstellung, der Chef zu sein und damit auch auf die Arbeit in der Klinik einwirken zu wollen, zu Differenzen mit dem Klinikpersonal. Lehr und Thomae beschreiben dies als eine Art „Entlastungs-

reaktion“ in Situationen, mit denen man unzufrieden ist. So hat das Ausüben von Kritik für Herrn Albrecht zwar einerseits eine lindernde Funktion, gleichzeitig werden dadurch jedoch weitere Probleme hervorgerufen.

7.2.2. Die Krebserkrankung als Bedrohung

Auf eine ganz andere Art und Weise begegnet Herr Schulze der Krebserkrankung seiner Tochter. Während bei Herrn Berger und Herrn Albrecht die Herausforderung deutlich wird, welche sie in der Krebserkrankung sehen, fühlt sich Herr Schulze von der Erkrankung bedroht und beschreibt dies als eine Erfahrung der „Zerbrechlichkeit und der Bedrohung“ (Z. 908 f.). Der Vater erlebt sich selbst in einer „Krise“ (Z. 912) und einer „extreme(n) Notlage“ (Z. 722), in der er sich permanent mit existenziellen Situationen konfrontiert sieht, denen er sich meist machtlos ausgeliefert fühlt. So berichtet er, dass er sich nach der Diagnosestellung fühlte, als wenn er „in eine Kampfsituation geschmissen“ wurde, bei der er „fast reflexartig versucht(e) das Richtige zu machen, um das zu überstehen“ (Z. 53 ff.). Besonders die erste Zeit erlebte er als „Battlefield“ – als ein Schlachtfeld, auf dem „man (...) ums Überleben (kämpft)“, erzählt Herr Schulze (Z. 68 f.). Auch die Beziehung zu seiner Frau definiert der Vater derzeit weniger als die eines Liebespaares, sondern vielmehr als eine „Kampfgemeinschaft“ (Z. 268). Zudem gibt er an, vor allem im Zusammenhang mit sozialrechtlichen Angelegenheiten und dem Umgang mit Behörden der Stadt und des Landes, dauernd kämpfen zu müssen. „Man muss um alles kämpfen“, „um jeden Mist“, um „Absurditäten“, betont Herr Schulze mehrfach (Z. 659 ff.). Dabei muss er „immer wieder Energien aktivieren“ und „unheimliche Energien entfalten“, um seine eigenen Bedürfnisse und die seiner Tochter absichern zu können. Herr Schulze erzählt, dass er eigentlich überhaupt keine Kraft mehr hat, aber dennoch weiterkämpfen und die „Zähne zusammenbeißen“ muss, auch wenn er sich dabei manchmal „die Zähne ausbeißt“ (Z. 660 ff.). Damit macht er eine Aussichtslosigkeit deutlich, mit der er sich in bestimmten Situationen im Kampf mit der Krebserkrankung und den damit einhergehenden Umständen konfrontiert sieht.

Anders als Herr Berger und Herr Albrecht, welche in ihrer Rolle als „Herausforderer“ immer ein Stück Kontrolle über die Situation erhalten, sieht sich Herr Schulze als „Be-

drohter“ im Kampf mit der Erkrankung mit einem Kontrollverlust konfrontiert, den er so in seinem Leben bisher nicht kannte. Er berichtet, dass er vor der Diagnose sich, sein Leben und eigentlich alles immer im Griff gehabt hat. Der Vater schätzt sich selbst als einen leistungsorientierten und erfolgreichen Menschen ein, der eigentlich schafft, was er will. Durch die Krebserkrankung ist er jedoch „einer Sache komplett ausgeliefert“, was für ihn sehr ungewohnt ist (Z. 339 f.). Dabei erlebt er eine Hilflosigkeit, auf die er nicht vorbereitet ist und der er sich auch nicht entziehen kann, so Herr Schulze. Die Tatsache, dass er nicht mehr „Herr seines Lebens“ ist (Z. 825) und „das Leben nicht mehr in (s)einer Hand (liegt)“ (Z. 819 f.), bringt ihn an seine Grenzen bis hin zur „totalen Erschöpfung“ (Z. 341 f.). Um diesem Kontrollverlust zu begegnen, ist der Vater bemüht, „Gelassenheit zu entwickeln oder immer wieder gelassen zu sein“ (Z. 822 ff.) und über die ganze Situation „so viel Kontrolle zu gewinnen, wie es irgend geht“ (Z. 826 f.). Dennoch hat er das Gefühl permanent mit „angezogener Handbremse“ zu fahren, versucht aber gleichzeitig zu verhindern, „innerlich dauernd nur zu quietschen“ (Z. 823 ff.).

Die Bedrohlichkeit und Belastung, mit welcher sich Herr Schulze durch die Krebserkrankung seiner Tochter konfrontiert sieht, kommt auch in seiner Sprache zum Ausdruck. Sprechen Herr Berger und Herr Albrecht in den Interviews sehr kraftvoll, klar und strukturiert, so wird bei Herrn Schulze immer wieder eine teils enorme Anstrengung im Erzählen deutlich, welche sich beispielsweise durch tiefes Luftholen oder lautes, kräftiges Ausatmen äußert. Auch seine Schwierigkeit, Situationen und Gefühle zu beschreiben und passende Worte zu finden, verstärkt diesen Eindruck (z.B. „es war einfach nur [...] ja, ph“ [Z. 53 f.], „dass ist einfach nur [...] wie soll ich das sagen“ [Z. 67 f.], „wie soll man sagen“ [Z. 281 f.], „das fand ich so [...] das, wie soll ich sagen“ [Z. 698 f.]).

Während Herr Berger und Herr Albrecht die Möglichkeit sahen, die Herausforderung anzunehmen, dieser aktiv zu begegnen und damit die Auswirkungen des Stressors in gewissem Maße zu kontrollieren (problemorientiertes Coping – Lazarus, vgl. Kapitel 5.3.1.), beschreibt Herr Schulze, dass die Krebserkrankung für ihn mit einem Kontrollverlust verbunden ist (emotionsorientiertes Coping – Lazarus, vgl. Kapitel 5.3.1.). Nach Zimbardo und Gerrig wird es dadurch unmöglich, sich dem Stressor in dem Maße aktiv

gegenüberzutreten, wie es bei den beiden anderen Vätern deutlich wurde (vgl. Kapitel 5.3.1.). Vielmehr fühlt sich Herr Schulze unterlegen und bedroht, was für ihn den Umgang mit der Krebserkrankung massiv zu erschweren scheint.

Bei allen drei Vätern lässt sich jedoch im Sinne von Lehr und Thomae ein leistungsorientiertes Verhalten als Versuch der Bewältigung feststellen (vgl. Kapitel 5.5.1.). Dieses Verhalten bezieht sowohl körperliche (wie sie vor allem in der Aktivität von Herrn Albrecht deutlich wird) als auch kognitive Leistungen mit ein, welche eingesetzt werden, um kritische Situationen zu meistern. Hinzu kommt die sogenannte direktive Leistung, die die Erreichung eines Ziels trotz eigentlicher Ermüdung zum Ziel hat, so Lehr und Thomae. Diese Art Bewältigung ist insbesondere in der Aussage von Herrn Schulze zu finden, eigentlich überhaupt keine Kraft mehr zu haben zu kämpfen, aber dennoch weitermachen und die „Zähne zusammenbeißen“ zu müssen (Z. 660 ff.).

7.2.3. Der Tod als (erleichterndes) Ende des Kampfes

Herr Fischer betont, dass er darauf achtet, nicht zu sagen: „Lukas ist jetzt verstorben“, sondern: „er hat es jetzt geschafft“ (Z. 905 f.). Damit scheint für den Vater der Kampf in dem Moment beendet, in dem Lukas „einschläft“, wie er sagt, da „einschlafen ein bisschen [...] gemütlicher, humaner (klingt)“ (Z. 1167 f.).

Während Herr Berger, Herr Albrecht und Herr Schulze von ihrem Umgang mit der Erkrankungssituation sprechen, fokussiert Herr Fischer den Umgang mit dem Tod seines Sohnes. Es wird deutlich, dass die Väter, welche sich gegenwärtig noch in der Erkrankungsphase ihres Kindes befinden, durch die Handlungsmöglichkeit des Kämpfens aktiv mit der Situation umzugehen versuchen. Dahingegen nimmt Herr Fischer die Situation des Todes seines Sohnes für sich als ein Erleichterung bringendes Ende der Erkrankung an und begegnet der Situation mit Akzeptanz.

Als sein Sohn an Leukämie erkrankte, stand plötzlich alles in der Luft, erzählt Herr Fischer und erwähnt den jahrelangen Kampf und die jahrelange Ungewissheit, die für ihn mit der Erkrankung verbunden war. Durch Lukas' Tod wandelte sich die ständige

Ungewissheit in Gewissheit, wodurch „einfach eine riesen Last von einem abfällt auch“, wie Herr Fischer sagt (Z. 563 f.). Vor allem das ständige Gefühl der Angst begleitet ihn nicht mehr, seitdem Lukas verstorben ist. Von ihrem Umfeld hören die Eltern, dass sie wieder gut aussehen und Herr Fischer selbst beschreibt den Tod von Lukas als erleichternd für sich. „Das kann keiner nachvollziehen, der das jetzt noch nicht erlebt hat“ (Z. 567 f.), betont Herr Fischer und erklärt gleichzeitig, dass er natürlich dennoch traurig war, als er vom dritten Rezidiv und den daraus resultierenden Konsequenzen erfahren hat. Nichtsdestotrotz erzählt er mehrfach, dass es eine „Zeit der tiefen Trauer“ (Z. 560) bei ihm nicht gab, da das Gefühl der Erleichterung und zudem die Gewissheit und Freude, sich wiederzusehen, überwiegt. „Die Freude hilft einem weiter“, macht er deutlich (Z. 566). Hinzu kommt, dass der Tod auch für Lukas selbst eine Erleichterung war, erzählt der Vater. Auf die Frage, ob er nach dem dritten Rezidiv eine erneute Behandlung möchte, antwortete Lukas mit: „Ich will nicht mehr, ich will nach Hause. Ich will keine Chemo mehr“ (Z. 914 f.). Zu seiner Mama sagte Lukas: „Ich bin froh, Mama, wenn es vorbei ist“ (Z. 195). Die Eltern von Lukas akzeptierten seinen Wunsch und damit auch die Gewissheit, dass er sterben wird.

Die Annahme des bevorstehenden Todes durch den Patienten/die Patientin und schließlich auch durch seine/ihre Familie wird auch durch Kübler-Ross (2009, S. 138) aufgegriffen. Die Sterbeforscherin beschreibt diesen Zustand als „Phase der Zustimmung“, in welcher der Schmerz vergangen scheint und der Kampf beendet wird (vgl. ebd.). Nicht immer ist es jedoch der Fall, dass die Angehörigen zur gleichen Zeit wie der Patient/die Patientin die „Phase der endgültigen Hinnahme“ erreichen, wie es Herr Fischer beschreibt (ebd., S. 198).

Die Aussage des Vaters, dass Lukas es „geschafft“ hat, verdeutlicht, wer den Kampf als Gewinner verlassen hat. So lässt es sich auch erklären, dass in Herrn Fischers Worten über die Zeit nach dem Tod im Gegensatz zu den Aussagen der anderen Väter die Metapher des Kämpfens keine Verwendung mehr findet.

Die Erzählungen von Herrn Fischer lassen sich im Vergleich zu denen der anderen Väter weniger mit Lazarus erklären, da anzunehmen ist, dass die stressreiche Situation für

Herrn Fischer durch den Tod seines Sohnes ein Ende fand. Seine Form des „Akzeptierens der Situation“ wird jedoch ähnlich wie bei Kübler-Ross in Schuchardts Krisenverarbeitungsmodell aufgegriffen. Nach diesem Modell befindet sich Herr Fischer in den Phasen der Annahme und der Aktivität. Darin wird zur Verarbeitung des kritischen Ereignisses das Unausweichliche angenommen, wodurch ein Lernprozess dahingehend entsteht, nicht mehr gegen, sondern mit der Krise zu leben (vgl. Kapitel 5.1.). Ausgelöst durch diesen Prozess scheint es Herrn Fischer möglich, die vorher im Kampf mit der Krebserkrankung eingesetzten Kräfte nun bei der Bewältigung der jetzigen Situation zu nutzen. Nach Schuchardt (1996, S. 37) ist die wichtigste Erkenntnis dieser Phasen, „dass es (...) nicht entscheidend ist, was man hat, sondern was man aus dem, was man hat, gestaltet“. Die spezifischen Ressourcen, welche Herr Fischer aus dieser Situation heraus zur Bewältigung entwickelt hat, werden in Kapitel 7.5. noch einmal differenzierter dargestellt. Lehr und Thomae definieren das „Akzeptieren der Situation“ als intrapsychische Verarbeitungsweise, welche zum Tragen kommt, wenn Probleme nicht gelöst werden können. Sie weisen jedoch darauf hin, dass es sich dabei nicht um ein einfaches „Hinnehmen“ handelt, sondern dass diese Art des Umgangs mit dem Problem vielmehr als Resultat eines Prozesses der kognitiven Umstrukturierung der kritischen Situation zu betrachten ist (vgl. ebd. 1991, S. 159).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass alle vier Väter ein Kampf erleben äußern. Während bei Herrn Fischer der Kampf mit dem Tod seines Sohnes beendet scheint, befinden sich die anderen drei Väter noch in direkter Auseinandersetzung mit der Krebserkrankung. Bei Herrn Berger und Herrn Schulze kommen dabei durch das Annehmen der Herausforderung und der damit einhergehenden Möglichkeit, etwas tun zu können, eher positive Assoziationen des Kämpfens zum Ausdruck, wohingegen sich Herr Schulze bedroht und ausgeliefert fühlt und den Kampf als etwas Negatives erfährt.

Fazit

Die Metapher des „Kämpfens“ scheint nach den Erkenntnissen aus den vorliegenden Interviews sehr zentral für Väter im Umgang mit der Krebserkrankung des eigenen Kindes zu sein. Entsprechende Aussagen fanden sich, wie bereits erwähnt, auf der

Fachtagung der PSAPOH durch Sanneck und Kinast (2009) wieder, welche das Medium des „Kämpfens“ als Möglichkeit für Väter erklären, etwas tun zu können und gleichzeitig ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen.

Eine weitere Interpretation ließe sich zudem in den Prinzipien der Externalisierung und Rationalisierung finden, wie sie Böhnisch und Winter (1994, S. 131) beschreiben. Diese beinhalten, dass innere, emotionale Bereiche für Männer kaum zugänglich sind, während äußere Bereiche eine viele stärkere Beachtung erfahren (vgl. ebd.). Auch in einer Kampfsituation ist es kaum möglich, sich mit inneren Empfindungen auseinanderzusetzen, sodass das Mittel des „Kampfes“ eine Möglichkeit darstellen könnte, sich auf das nach außen gerichtete Handeln zu konzentrieren und damit von eigenen Gefühlen abzulenken bzw. diesen „nach außen“ Ausdruck verleihen zu können. Gleichzeitig scheint der „Kampf“ zunächst die einzige Handlungsmöglichkeit zu sein, um überhaupt auf die Krebserkrankung reagieren zu können. Aufschlussreich wäre an dieser Stelle der Vergleich, wie sich Mütter im Umgang mit der Krebserkrankung erleben (vgl. Kapitel 9.2.).

7.3. Auswirkungen der Krebserkrankung auf das Befinden der Väter

Nach Lazarus hat die eben deutlich gewordene Wahrnehmung der Krebserkrankung des Kindes nicht nur auf den Bewältigungsprozess selbst sichtbare Auswirkungen, sondern auch auf das physische und psychische Wohlergehen (vgl. Kapitel 5.3.). Danach beeinflusst die Art der primären Einschätzung die Intensität und Qualität emotionaler Reaktionen, welche auf eine solche Krise folgen. Im Zusammenhang mit dem eigenen Wohlbefinden steht zudem der Prozess der sekundären Einschätzung, bei dem nach Lazarus die (wahrgenommenen) zur Verfügung stehenden persönlichen und sozialen Ressourcen Bedeutung erhalten (vgl. ebd.). In der anschließenden Darstellung werden bereits einzelne Ressourcen deutlich. Im weiteren Verlauf der Ergebnisdarstellung werden aber situationsspezifische sowie soziale Ressourcen der Väter noch einmal gesondert aufgegriffen (Kapitel 7.5. und 7.6.). Folgender Abschnitt beschreibt die Auswirkungen der Krebserkrankung auf das Befinden der Väter, wobei die im kognitiv-transaktionalen Modell der Stressbewältigung erläuterten Zusammenhänge zwischen der Bewertung der Krebserkrankung und dem eigenen Wohlbefinden deutlich werden.

7.3.1. Ein Kampf zwischen Stabilität und Zerbrechlichkeit

Alle vier Väter beschreiben, dass sie die Auswirkungen der Krebserkrankung auch in ihrem eigenen Befinden spüren bzw. gespürt haben. Die Ausprägung dieser Auswirkungen wird jedoch als sehr unterschiedlich erlebt. So ist im Befinden der Väter ein deutliches Spektrum zu erkennen von „mir geht es nahezu unverändert“ (Herr Albrecht), über „ich hoffe es mit Hängen und Würgen durchzuhalten“ (Herr Berger), über „ich bin am Ende meiner Kräfte“ (Herr Schulze), bis hin zu „mir geht es wieder gut“ (Herr Fischer). Sowohl bei Herrn Albrecht als auch bei Herrn Berger und Herrn Schulze wird dabei ein Kampf zwischen dem Erhalt der eigenen Stabilität und der drohenden Zerbrechlichkeit deutlich. Allein bei Herrn Fischer scheint auch dieser Kampf durch den Tod seines Sohnes beendet.

Herr Albrecht erzählt, dass sich durch die Krebserkrankung seines Sohnes Ben an seiner eigenen Psyche und seiner Belastbarkeit nicht viel geändert hat und bei ihm die Stabilität seiner Psyche überwiegt. So gibt er auch an, keine psychologische Betreuung gebraucht zu haben: „Ich brauche nicht (...), dass sich jemand daneben setzt und mich aufbaut, ich war selber gut aufgebaut“ (Z. 730 ff.). Die nötige Energie sammelte Herr Albrecht am Tag durch die „Abwechslung von draußen“ (Z. 263 f.), wodurch es ihm „ein Leichtes“ war, wenn er seine Frau am Abend in der Klinik ablöste, erzählt er (Z. 274 f.). „Die haben alle den Kopf geschüttelt, warum ich immer dort mit einem Lied auf den Lippen dort um fünf ankam“, verdeutlicht er sein Befinden in dieser Zeit (Z. 735 ff.). Die Energie, welche Herr Albrecht „draußen“ sammeln konnte und mit in die Klinik brachte, übergab er an Ben, berichtet er. Der Vater bezeichnet sie als die „super Energie, um Ben gesund zu bringen“ (Z. 1182 f.). Wurde er darauf angesprochen, wie es ihm geht und wie er das schafft, antwortete er: „Alles kein Problem, alles easy, dem Ben geht’s gut, die Werte funktionieren, die Chemo hilft, es kann nicht besser sein“ (Z. 479 f.). Herr Albrecht hatte viel Kraft, wie er sagt, und erzählt, von seinen Freunden deswegen auch „geschätzt, bewundert, (...) beneidet“ worden zu sein (Z. 808 f.). „Ich habe da auch mal geweint, na klar“ (Z. 812 ff.), berichtet er, aber im Großen und Ganzen gibt er an, im Vergleich zu anderen Eltern sehr locker gewesen zu sein. In das „depressive Loch“, in dem sich viele andere Eltern befanden, wie er sagt, wollte er unter

keinen Umständen stürzen und „dort mit rumwühlen“ (Z. 767 f.). Er hat sich vorgenommen, „das wird mir nicht passieren“, auch wenn ihm bewusst war, dass er seine Psyche „nicht austricksen“ kann (Z. 174 ff.). „Aber wenn man so aggressiv reingeht in die Psyche und sagt, das wird einem nicht passieren, du kämpfst hier, dann trägst du den Kampf auch ganz anders“, verdeutlicht Herr Albrecht und gibt auf Nachfragen an, auch nie in das Loch gefallen zu sein (Z. 176 ff.). Vor allem in dieser Aussage kommt der Kampf um die eigene Stabilität aufgrund der drohenden Zerbrechlichkeit deutlich zum Ausdruck.

Betrachtet man Herrn Albrecht im Sinne des kognitiv-transaktionalen Stressmodells von Lazarus, so ergibt seine recht positive Bewertung der Krankheitssituation und die positive Beschreibung seines Empfindens ein einheitliches Bild. Der Stresstheoretiker geht davon aus, dass positive Bewertungen ebenfalls zu positiven Gefühlen führen (vgl. Kapitel 5.3.). Zusammenhänge lassen sich dabei auch zu den Ressourcen finden, welche Herr Albrecht für sich als wertvoll einschätzt. In Anlehnung an McCubbin und Patterson verfügt der Vater demnach beispielsweise über wichtige individuelle, familiäre Ressourcen und soziale Ressourcen (vgl. Kapitel 5.2.2.). So scheinen vor allem seine eigene psychische Stabilität und Kraft, sein Optimismus und auch die Aufgabenteilung mit seiner Frau dazu beizutragen, dass die Krebserkrankung auf das Befinden des Vaters nach eigenen Angaben weniger Auswirkungen hatte. Auch die durch Bewunderung geprägten Rückmeldungen/Reaktionen der Freunde, wirkten stabilisierend und aufbauend. Mit Hobfoll lässt sich die Bedeutung solcher Ressourcen weiter untermauern, wonach durch das Vorhandensein dieser Ressourcen die Stressanfälligkeit bedeutend verringert werden kann (vgl. Kapitel 5.4.). Gleichzeitig lässt sich die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass Herr Albrecht beispielsweise durch das „aggressive Reingehen in die Psyche“ und durch das „absolute Vermeiden des depressiven Lochs“ der Auseinandersetzung mit der Situation und den damit einhergehenden Emotionen aus dem Weg geht und mögliche Probleme verdrängt. Die Verdrängung als Bewältigungsform fasst Anna Freud (1936) unter die intrapsychischen Abwehrmechanismen, welche eine Vermeidung der Konfrontation mit Schwierigkeiten zum Ziel hat. Da Herr Albrecht das „Depressive“ wie eine Art Feindbild gegenüberzustehen scheint, versucht er diesem mit aller Kraft auszuweichen. Dass der Vater zudem auffällig stark immer

wieder betont, wie gut es ihm ging, könnte auch auf ein fehlendes Reflexionsvermögen bezüglich der eigenen inneren Gefühlswelt hinweisen, wie es Böhnisch und Winter als typisch für den männlichen Sozialisationsprozess beschreiben (vgl. Kapitel 5.6.).

Herr Berger betrachtet ähnlich wie Herr Albrecht seine Position im Kampf mit der Krebserkrankung im Vergleich zu Herrn Schulze als durchaus chancenreich. So spiegelt sich auch bei ihm in Anlehnung an Lazarus die eher positiv geprägte Einschätzung in seinem Befinden wider, wenn auch nicht in dem Maße, wie es Herr Albrecht zum Ausdruck brachte.

Herr Berger erzählt, dass er rückblickend „super funktioniert“ hat (Z. 120) und erklärt, dass er auch „konkret (...) gar keine Zeit (hatte) durchzuhängen“ (Z. 128). Dennoch wird deutlich, dass er die Zeit der Erkrankung durchaus als belastend empfindet. So sagt er, dass er es zwar jetzt schon zwei Jahre lang ausgehalten hat, aber die Wahrscheinlichkeit, es beispielsweise fünf Jahre auszuhalten, schätzt er als sehr gering ein. Er hofft, dass er „mit Hängen und Würgen das (...) Ziel erreich(t)“ (Z. 98 f.). Als förderlich sieht Herr Berger, dass sowohl er als auch seine Frau „gesundheitlich ziemlich stabil“ sind (Z. 135), „alles, auch psychisch und so, wunderbar durchgestanden“ haben (Z. 125) und es „Gott sei Dank auch keine Explosionen und keine Zusammenbrüche“ gab (Z. 134 f.). Er fühlt sich bisher nicht „auf so einer schiefen Ebene“, bei der es immer nur um „Verschleiß, Verschleiß, Verschleiß, Verschleiß“ geht (Z. 279 f.). So hat er nicht das Gefühl bald an den Punkt zu kommen, „wo es einfach überhaupt nicht mehr geht“ (Z. 281). Herr Berger macht deutlich, dass dies auch nicht so sein darf und er dafür auch bewusst etwas für sich tut. Von anderen werden Herr Berger und seine Frau, ähnlich wie Herr Albrecht auch, gelobt, „dass (sie) so toll durchhalten“ (Z. 129 f.), was er damit erklärt: „Ja sorry, wir haben es uns leicht gemacht, wir hatten nie einen Plan für das Scheitern“ (Z. 130 f.). Herr Berger schätzt rückblickend ein, dass es „eigentlich überhaupt keine Phase (gab), wo die totale Verzweiflung da gewesen wäre“ (Z. 119). Er resümiert schließlich, dass „Väter (...) irgendwie darauf programmiert (sind), dass sie das durchhalten“ (Z. 562 f.).

Auch an dieser Stelle zeigt sich, ähnlich wie bei Herrn Albrecht, die Bedeutung vorhandener Ressourcen. So beschreibt auch Herr Berger das Vorhandensein individueller Ressourcen im Sinne von McCubbin und Patterson (vgl. Kapitel 5.2.2.) in Form von psychischer und physischer Stabilität. Zudem schätzt der Vater die Ressource der „Auszeiten“ für sein eigenes Befinden als sehr wichtig ein (vgl. Kapitel 7.3.3.).

Ganz anders als Herr Albrecht und Herr Berger beschreibt hingegen Herr Schulze sein derzeitiges Befinden, ausgelöst durch die Krebserkrankung seiner Tochter. Während bei den beiden anderen Vätern die Stabilität scheinbar überwiegt, scheint bei Herrn Schulze die Zerbrechlichkeit den Kampf zu dominieren, um die Situation metaphorisch zu beschreiben.

Wie bereits erwähnt, beeinflusst nach Lazarus die primäre Einschätzung der Krisensituation auch die daraus resultierenden emotionalen Empfindungen (vgl. Kapitel 5.3.). Die negative Bewertung, wie die der Bedrohung und Unterlegenheit, scheint bei Herrn Schulze in Anlehnung an Lazarus ebenfalls zu negativen Empfindungen zu führen und offensichtliche Auswirkungen auf seine psychische und physische Gesundheit zu haben.

Der Vater bezeichnet sich selbst als „Co-Kranken“ (Z. 439), dessen Kräfte im Laufe der Zeit mehr und mehr „abbröckelten“ (Z. 162 f.). Sein Empfinden verdeutlicht er bildhaft mit dem Vergleich: „Wir sitzen wie in einer Röhre, wie der Dackel im Fuchsbau und können nicht vor und nicht zurück ne. [...] Man steckt einfach [...] steckt einfach so drin und kann sich gar nicht mehr bewegen, man hat keine Alternativen mehr. [...] Das ist ein bisschen dumm“ (Z. 799 ff.). Auch hierbei kommt die Ausweglosigkeit in der Situation zum Ausdruck.

Herr Schulze sieht sich sowohl mit physischen als auch mit psychischen Problemen konfrontiert. So erlitt er beispielsweise einen Hörsturz, leidet seit Beginn der Erkrankung seiner Tochter an massiven Schlafstörungen und hatte einen schweren Unfall, dessen Folgen ihn immer noch beeinträchtigen. Zunehmend war er krankgeschrieben, weil er es „einfach nicht mehr geschafft (hat)“, sagt er, bis er schließlich „dann praktisch nur noch krankgeschrieben war“ (Z. 170 ff.).

Diese physischen und psychischen Beschwerden, wie sie Herr Schulze beschreibt, sind nach Lamri-Zeggar auf die immense Belastungssituation, geprägt von ständiger Unsicherheit und Wachsamkeit, zurückzuführen (vgl. Kapitel 3.2.). Aus diesen emotionalen Problemen können schließlich psychosomatische Krankheiten, Schlaflosigkeit, Schmerzen und andere gesundheitliche Einschränkungen entstehen (vgl. ebd.).

Herr Schulze zieht einen Vergleich zu früher, als er noch Extremsportarten betrieben hat, während er jetzt froh ist, morgens aus dem Bett zu kommen. „Es hat mich schon ganz schön beansprucht diese Situation“, hält er fest (Z. 184 f.). Er gibt an, dass ihn die Krebserkrankung seiner Tochter und die damit einhergehenden Umstände an seine Grenzen bringen, „bis zur totalen Erschöpfung“ (Z. 341 f.). Herr Schulze äußert: „Gut, dass ich keine depressive Veranlagung habe, sonst hätte ich mir längst einen Strick genommen“ (Z. 353 ff.). Dennoch wünscht er sich manchmal, er „hätte das Ganze los, inklusive sich selber, also das Ganze hinter sich“ (Z. 129 f.) und erklärt, dass er es manchmal einfach nicht mehr erträgt. An einer Stelle des Interviews hält er jedoch fest, dass er im Grunde „sehr oft sehr fröhlich“ ist (Z. 355 f.). Als Fazit dieser Zeit äußert er aber: „Also unterm Strich muss ich sagen, es hat mich wirklich alles an Energie und an Reserven gekostet, was ich hatte“ (Z. 181 f.).

Besonders die Aussage des Vaters, dass ihn die Krebserkrankung seiner Tochter „alles an Energie und an Reserven gekostet (hat)“ (Z. 181 f.), macht den Zusammenhang zur Ressourcentheorie von Hobfoll deutlich (vgl. Kapitel 5.4.). Während sich bei Herrn Berger und Herrn Albrecht aufgrund vieler Ressourcen scheinbar Gewinnspiralen entwickeln konnten und sich damit die Stressresistenz erhöhte, kam es bei Herrn Schulze im Laufe der Zeit zunehmend zu Ressourcenverlusten, was die Entwicklung einer Verlustspirale begünstigte. Seine Reserven/Ressourcen wurden mehr und mehr aufgebraucht, was nach Hobfoll zu einem erschwerten Bewältigungsprozess belastender Lebensereignisse führt.

Auch wenn Herr Schulze damit Aussagen darüber macht, wie es ihm geht, so betont er doch mehrfach, dass ihm das Reflexionsvermögen in Bezug auf sein eigenes Befinden fehlt. Er äußert, dass er sich selbst emotional nicht reflektieren kann, weil er in der Re-

gel keine Distanz zu sich selbst bekommt. „Ich weiß nicht, wie es mir geht. Ich weiß nicht, wo ich stehe“, beschreibt er sein Empfinden (Z. 516 ff.). Er gibt an, dass er zwar im Moment nicht überschäumend ist vor Fröhlichkeit, im Großen und Ganzen aber zu-rechtkommt und nicht das Gefühl hat, depressiv zu sein. Betrachtet er sich jedoch ob-jektiv, stellt er fest: „Ich sitze mit einem Haufen gebrochener Knochen auf dem Sofa, bin nicht mehr arbeitsfähig und äh, ja, habe meine Ersparnisse, meine Ressourcen ei-gentlich komplett aufgebraucht, nach zwei Jahren, die ich diesen Mist jetzt hier habe“ (Z. 962 ff.). Auch an dieser Stelle kommt die Verlustspirale der Ressourcen nach Hobfoll noch einmal deutlich zum Ausdruck. Von außen betrachtet würde Herr Schulze zu sich sagen: „Du bist ganz schön am Boden“ (Z. 966). Für ihn selbst fühlt es sich aber nicht so an, was er als komisch empfindet. Er hat dafür zwei Erklärungen: entweder „stimmt etwas mit (s)einer Selbstwahrnehmung nicht“ oder er ist „noch nicht wirklich so runter, wie das von außen vielleicht aussieht“ (Z. 967 f.). Welche Erklärung die Richtige ist, weiß er nicht. Er sagt, er hat die Maßstäbe für die Normalität verloren.

Wie bereits mehrfach erwähnt, greifen Böhnisch und Winter dieses fehlende Reflexi-onsvermögen von Männern im Zusammenhang mit dem eigenen Befinden auf. Ihre Er-klärung liegt im männlichen Sozialisationsprozess, welcher vor allem nach außen ge-richtet ist und die innere Gefühlswelt häufig vernachlässigt (vgl. Kapitel 5.6.). Demnach werden bei Männern nach innen gerichtete Kompetenzen im Laufe der Sozialisation oftmals gar nicht entwickelt, da der Fokus *nur* auf der sicheren Außenwelt lag. Die Folge ist schließlich ein „Unvermögen, sich (vor allem in kritischen Lebensphasen, d. Verf.) mit dem eigenen männlichen Selbst auseinanderzusetzen zu können“ (Böhnisch & Winter 1994, S. 150) sowie die „Unfähigkeit, (...) mit seiner eigenen Hilflosigkeit um-zugehen, sie sich einzugestehen und auszudrücken“ (Böhnisch 2004, S. 194). Vor allem die Aussage, dass Herr Schulze von außen betrachtet zu sich sagen würde: „du bist ganz schön am Boden“ (Z. 966), es sich für ihn selbst aber nicht so anfühlt, macht das „Prin-zip der Körperferne“, wie es Böhnisch und Winter als typisch für Männer beschreiben, deutlich. Demnach fällt es Männern häufig schwer, Warnsignale des eigenen Körpers wahrzunehmen und zu deuten (vgl. Böhnisch & Winter 1994, S. 131). Welche Folgen eine derartige Entwicklung haben kann, bringt Herr Schulze im Folgenden zum Aus-druck:

Im Zusammenhang mit einem Unfall greift Herr Schulze die Gefahr des fehlenden Reflexionsvermögens erneut auf, indem er bemerkt: „Ich hätte mir jetzt fast den Arsch abgefahren, weil ich am Ende meiner Kräfte war und habe es nicht mal selber gemerkt“ (Z. 677 f.). Der Unfall ereignete sich zu Beginn einer Entspannungsphase für die Familie. Erinnerungen daran, wie es passiert ist, hat er nicht. Erst auf der Intensivstation ist er mit schweren Verletzungen wieder aufgewacht, welche ihn auch zum Zeitpunkt des Interviews körperlich noch einschränken. Herr Schulze ist seitdem krankgeschrieben. Er sagt: „fast hätte es mich gecrasht jetzt“ und spricht von einem riesen Glück, „dass der Nacken nicht durch ist (...) und (er) nicht im Rollstuhl oder unterm Grabstein gelandet (ist)“ (Z. 342 ff.). Mehrmals spricht er an, dass er es einfach nicht verstehen kann, wie das passieren konnte, denn „sowas (...) ist (ihm) noch nie passiert (...), dass (er) einfach nicht weiß, was passiert ist, mit solchen Folgen“, sagt er (Z. 332 ff.). Die Ursache des Unfalls sieht Herr Schulze in dieser „dummen Situation“ (Z. 345 f.). Der Unfall ist für ihn eine „direkte Folge von der Überforderung, von der Belastung“ (Z. 346 f.).

Auch Herr Berger beschrieb in einem E-Mail-Kontakt ähnliche Erfahrungen. „Krebsväter bauen viele Unfälle“, schrieb er im Betreff und teilte mit, dass auch er ebenfalls „in einer Entspannungsphase schuldhaft (das) Auto geschrottet hat, zum Glück ohne Personenschaden“. Er äußert die Vermutung, dass „solche Geschichten noch öfters von Krebsvätern (zu) hören (sind)“, und begründet dies ebenfalls wie Herr Schulze mit den „Dauerbelastungen“, denen die Väter durch die Krebserkrankung ausgesetzt sind.

Böhnisch und Winter sehen eine solche Überforderung, wie sie Herr Schulze und auch Herr Berger in Form von Unfällen beschreiben, als direkte Konsequenz des nach außen gerichteten Sozialisationsprozesses und der damit einhergehenden mangelhaften Ausbildung innerer Kompetenzen (vgl. Kapitel 5.6.). Zum Tragen kommt diese vor allem in kritischen Lebenssituationen, da insbesondere in solchen Phasen die Fähigkeit, mit der eigenen „Innenwelt“ umzugehen, Bedeutung erlangt (vgl. ebd.). Diese Erklärung ist meiner Meinung nach jedoch nicht prinzipiell übertragbar. So ist anzunehmen, dass eine Überforderung durch Überlastungen auch dann eintreten kann, wenn „innere Kompetenzen“ vorhanden sind, das kritische Lebensereignis das Maß der Bewältigungsmög-

lichkeiten jedoch überschreitet – unabhängig davon, ob es sich um Männer oder Frauen handelt.

Durch den Unfall sieht sich Herr Schulze mit der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens konfrontiert, zu welcher er sich vor der Krebserkrankung seiner Tochter nie Gedanken gemacht hat. Dabei kommt vor allem die im Stufenmodell des Stress-Coping-Prozesses von Burr und Klein beschriebene Drastik des Belastungsniveaus durch die Krebserkrankung des Kindes zum Ausdruck (vgl. Kapitel 5.2.1.). Durch die Erkrankung beschäftigt sich Herr Schulze intensiver mit seinem eigenen Leben, da sein bisheriges Lebenskonzept abrupt aus dem Gleichgewicht gebracht wurde. Burr und Klein sehen diese tiefgründige Beschäftigung mit Sinnfragen als eine Form der Bewältigung dieser starken Belastung. Herr Schulze erzählt, darüber nachzudenken, „welchen Sinn das eigene Leben noch hat“ (Z. 126 f.), und wünscht sich manchmal, er „hätte das Ganze los, inklusive sich selber“ (Z. 129 f.). Auf Nachfragen äußert er, dass er es in der Regel aber nicht soweit kommen lässt, überhaupt darüber nachzudenken, und beginnt schließlich im Interview „so langsam (s)eine Kreise“ zu ziehen, wie er sagt, bis er zu einem Punkt kommt (Z. 994 f.). Dieses „Vermeiden negativer Gedanken“ führt Lazarus als eine Form des Bewältigungsverhaltens auf, welche vor allem dann zum Tragen kommt, wenn die Auswirkungen von Stressoren nicht unter Kontrolle zu bringen sind (vgl. Kapitel 5.3.1.). Dadurch wird eine Selbstregulation negativer emotionaler Zustände möglich, sodass die durch den Stress erzeugte Emotion unter Kontrolle gebracht und das eigene Wohlbefinden geschützt werden kann.

Herr Schulze merkt an, dass er „weit davon entfernt“ ist, von sich aus „aus dem Leben aussteigen zu wollen“ und keine Selbstmordgedanken in sich trägt (Z. 978 ff.). „Ich würde es im Moment für mich (...) ganz klar mit einem Nein beantworten, da bin ich noch lange nicht“, fügt er hinzu (Z. 1017 f.). Auf seiner „bewussten Ebene“, wie Herr Schulze sagt, würde er sich niemals aktiv einmischen (Z. 998 f.). Er glaubt jedoch, „dass jeder (...) innerlich von so einem Bewusstsein gesteuert wird, das er nicht reflektieren kann“ (Z. 943 ff.). Er spricht von einer „innere(n) Führung, die man gar nicht merkt“ und die nicht im Zusammenhang mit eigenen, freien Willensentscheidungen steht (Z. 948 ff.). „Viele Dinge passieren einfach, weil es Zeit dafür ist“, erzählt er (Z.

1007 f.) und fragt sich, ob der Unfall „nicht irgendwie die Stimme des Unbewussten ist, (...) die gesagt hat: ‚Ich springe jetzt ab‘ (...) Jetzt reicht es. Jetzt steigst du aus für immer und ewig“, stellt Herr Schulze in den Raum, bemerkt aber gleichzeitig, dass er dies nicht beurteilen oder reflektieren kann, weil es außerhalb seines Bewusstseins liegt (Z. 936 ff.). Auch wenn er dies nicht mit Sicherheit zu sagen vermag, so ist es für ihn dennoch gut vorstellbar, dass der Unfall passierte, „weil es so weit war“ (Z. 982 f.). Herr Schulze erklärt, dass man möglicherweise „einfach in dem Moment, wo man nicht mehr kann, (...) ums Leben kommt“, weil manche Dinge mit dem Leben nicht vereinbar sind, ergänzt er (Z. 986 f.). So hält er es für möglich, dass man nicht nur aufgrund körperlicher Dysfunktionen sterben kann, sondern auch aufgrund seelischer Belastungen, die sich in „punktuelle(n) Druckstellen auf der Seele“ äußern und „sich vielleicht so auswirken, dass es nicht mehr geht“ (Z. 987 ff.). An diesem Punkt steht der Vater jedoch nicht, sagt er, formuliert aber gleichzeitig, sich klar darüber zu sein, „dass es passieren **kann**“ (Z. 993). Er gibt an, sich gut vorstellen zu können, dass er irgendwann „einfach nicht mehr kann“, und aufgrund dessen etwas passiert, wodurch er „das, was (er) nicht mehr kann, auch nicht mehr muss“, erklärt er (Z. 981 f.). Die Vorstellung zu sterben, hält Herr Schulze „nicht für so (...) eine Katastrophe“, da er nicht das Gefühl hat, er würde viel verlieren (Z. 970 ff.). Weil er „Tag für Tag sehr intensiv“ lebt, ist es ihm „eigentlich Wurst“, „ob das einen Tag länger oder weniger ist“ (Z. 972 f.). Er erzählt, dass er sich einerseits sehr lebendig fühlt, gleichzeitig aber auch keine Angst vor dem Tod hat. „Das sind zwei Dinge, die für mich praktisch direkt nebeneinander stehen“, sagt er (Z. 977 f.). Nachdem er zu diesem Thema, worüber er vor dem Interview so noch nicht nachgedacht hatte, „seine Kreise“ zog, äußerte er schließlich: „Ich glaube, das ist es: Man kann jeder Zeit (...) in so einer Situation, in der wir uns befinden, (...) an den Punkt kommen, dass es objektiv nicht mehr geht. Und dann geht es auch nicht mehr“ (Z. 995 ff.).

Auch Herr Fischer spricht davon, dass die lange Erkrankungszeit vor Lukas' Tod geprägt war durch eine permanente Ungewissheit und Angst, was er als eine „riesen Last“ empfand (Z. 563). „Wir mussten ja nur funktionieren. Das war nur ein „Dahinfunktionieren“ (Z. 825 f.), beschreibt er rückblickend sein Erleben dieser Zeit und gleicht damit den Aussagen von Herrn Berger, welcher ebenfalls äußerte gut

„funktioniert“ zu haben. Die riesen Last ist in dem Moment von Herrn Fischer abgefallen, als Lukas „eingeschlafen“ ist. Der Vater beschreibt den Tod seines Sohnes für sich als erleichternd, denn „die Angst ist nicht mehr da“, sagt er (Z. 564). Er äußert zudem, dass er gar nicht dazu kommt, traurig zu sein, weil Lukas sich immer wieder bemerkbar macht und Herr Fischer so das Gefühl hat, dass sein Sohn immer noch bei ihm ist. „Das hilft einem weiter“, berichtet er, „da kommt man gar nicht dazu, irgendwie darüber traurig zu sein“ (Z. 659 f.). Auch von ihrem Umfeld wird den Eltern bestätigt: „Ihr seht wieder gut aus“ (Z. 563). Es wird deutlich, dass das Stresserleben mit dem Tod seines Sohnes für Herrn Fischer ein Ende fand und sich bei ihm Ruhe und Erleichterung breit machen konnte. Diese Ruhe spiegelt sich auch in der Beschreibung seines Gefühlszustandes wider. In dem er nicht mehr, wie Schuchardt sich ausdrückt, gegen die Krise kämpft, sondern mit der Krise lebt (vgl. ebd. 1996, S. 36) und dabei auf Ressourcen zurückgreift, die ihm helfen, diese Ruhe zu bewahren (vgl. Kapitel 7.5.), scheint es Herrn Fischer durch den Wegfall der Belastung „Krebserkrankung“ besser zu gehen.

7.3.2. Die fehlende Zeit für sich selbst als Verbündete der Zerbrechlichkeit

Die fehlende Zeit für sich selbst, als negativer Aspekt im Zusammenhang mit dem eigenen Befinden, wird sowohl von Herrn Berger („also man hat einfach keine **Zeit**“ [Z. 614]) als auch von Herrn Schulze („man hat keine Zeit mehr für sich selbst“ [Z. 322]) thematisiert.

So bezeichnet Herr Berger die fehlende Zeit für sich neben seinem Job als sein Hauptproblem. Gewisse Dinge müssen „einfach radikal gestrichen (werden)“ (Z. 617), „weil man sich immer nur auf das Allernötigste konzentrier(en) (muss)“ (Z. 614 f.), erzählt er. Damit ergeben sich für Herrn Berger auch „radikal eingeschränkte (...) Freizeitunternehmungen“ (Z. 678 f.). Normalerweise ist er einmal pro Woche immer zum Sport gegangen, was aber durch die „Anna-Wochenenden“ nicht mehr geht, wie er sagt. Zudem fehlt ihm seit dem Umzug nach B-Stadt „so eine richtige Männerrunde“, wie er sie an anderen Wohnorten hatte (Z. 845). Dafür bleibt jedoch keine Zeit. Herr Berger berichtet außerdem, dass durch die Krebserkrankung seiner Tochter und dem sich daraus ergebenden Zeitmangel auch die Kultur in seinem Leben fehlt. Er erklärt: „Was fehlt, ist

Kultur (...). Wir gehen nicht ins Kino, wir gehen nicht ins Theater, wir verreisen nicht, wir gehen nicht essen“ (Z. 616 ff.). Die fehlende Zeit und den damit eingeschränkten Freizeitbereich empfindet Herr Berger als ein „Handicap“ (Z. 615), was zwar nicht ständig weh tut, sich aber doch irgendwann mal wieder ändern muss (vgl. Z. 619 f.).

Noch drastischer beschreibt Herr Schulze die Auswirkungen der fehlenden Zeit auf sein Befinden. So erzählt er, dass seit der Erkrankung seiner Tochter permanent das Kind „im Zentrum“ steht und seine eigenen Bedürfnisse dadurch „sehr, sehr“ zurückgenommen werden müssen. „Es dreht sich alles um das Kind“ (Z. 93 f.), „die ganze Beziehung (...), die Werte, die Alltagsstruktur, alles dreht sich nur noch darum, wie man das Kind optimal versorgt“ (Z. 98 ff.). „Man ist halt für das Kind da und das Kind ist 24 Stunden da“, erklärt er, womit sich aus der Krebserkrankung für beide Elternteile ein „Vollzeit-Job“ ergibt (Z. 110). Im Zentrum geht es nur noch darum, dass Sonja lebt und am Leben bleibt, sodass Herr Schulze selbst total zurücktritt. Er beschreibt, dass er viele Dinge, die er sonst gemacht hat, weglassen muss und sich nur noch auf das Wesentliche konzentriert, „auf das absolut Wesentliche“, betont er (Z. 859 ff.). So sagt der Vater, er geht theoretisch einmal pro Woche zum Sport, was aber praktisch ziemlich viel ausfällt, „weil immer etwas dazwischen kommt, in der Familie“ (Z. 841 f.). Ebenso denkt er fast nicht mehr über sich selbst nach – „brauch ich auch nicht, ich bin beschäftigt“, erklärt er (Z. 898 f.). Was Freiräume betrifft, äußert Herr Schulze: „Also die Zeit für einen selbst, das ist die Zeit, die man auf dem Klo sitzt oder mit dem Hund geht“ (Z. 320 f.). Aber wirkliche Freiräume hat er eigentlich nie, resümiert er. Herr Schulze ist ständig abrufbar oder in Aktion. Er fühlt sich in seinen „ganzen Kompetenzen voll ausgelastet“, „einfach total ausgelastet“, sagt er (Z. 899 f.) und äußert klar und deutlich: „Was mir fehlt, ist Zeit für mich“ (Z. 1032 f.). Herr Schulze hält fest, dass er seine Sachen immer zurückstellt und es überhaupt nicht mehr um ihn selber geht. Er resümiert, „dass man eigentlich nicht mehr für sich lebt, sondern für jemand anderen“ (Z. 867 f.). Da man aber „irgendwie, (...) so eine Neigung zum Altruismus (hat) als Eltern“, kriegt „man das dann auch gebacken“, sagt er (Z. 283 ff.).

Das „Zurückstellen eigener Bedürfnisse“ wird von Lehr und Thomae als situationsspezifische Reaktionsform auf krisenhafte Lebensereignisse aufgegriffen (vgl. Kapitel

5.5.2.). Demnach erfolgt dieser damit verbundene Verzicht entweder zugunsten einer anderen Person oder zugunsten weitergesteckter Ziele. Im Falle der Väter scheinen beide Gründe maßgeblich zu sein, da einerseits die Zeit für das Kind und die mit der Krebserkrankung einhergehende Organisation gebraucht wird und gleichzeitig das langfristige Ziel der Gesundung des Kindes erreicht werden soll. Schneewind weist jedoch darauf hin, dass diese Reaktionsform sowohl funktionale als auch dysfunktionale Auswirkungen auf den Bewältigungsprozess haben kann (vgl. Kapitel 5.2.2.). So besteht die Möglichkeit, dass es nicht immer förderlich für das erfolgreiche Meistern der Krisensituation ist, wenn eigene Bedürfnisse komplett in den Hintergrund rücken. Vor allem bei Herrn Schulze wird deutlich, dass die fehlende Zeit für ihn selbst weitere Stressoren hervorruft, da es sich negativ auf sein eigenes Wohlbefinden auswirkt. Damit scheint sich die Lage eher zu verschlimmern. Auf der Fachtagung der PSAPOH griff auch Kinast (2009) im Zusammenhang mit Hilfsangeboten für Väter diesen Aspekt auf und machte deutlich, dass Väter ihre Bedürfnisse häufig radikal zurückstellen und so auch angebotene Auszeiten zunächst ablehnen, da sie die Zeit der Familie widmen wollen. In diesem Kontext machte er auf das Bewusstsein aufmerksam, dass sich ein besseres Befinden des Vaters durch gewisse Auszeiten auch positiv auf die Familie auswirken kann.

7.3.3. Auszeiten als Verbündete der Stabilität

Trotz offensichtlichem Zeitmangel betonen sowohl Herr Berger als auch Herr Albrecht und Herr Schulze den Aspekt der „Auszeiten für sich selbst“ als sehr bedeutend, um eine gewisse Stabilität aufrechtzuerhalten.

So erzählt Herr Berger, dass er „das ein oder andere für sich tut“ (Z. 282), um zu vermeiden, dass er an einen Punkt kommt, „wo es einfach überhaupt nicht mehr geht“ (Z. 281). Er berichtet von regelmäßigen kleinen Auszeiten, die er sich bewusst nimmt und in denen er „alles stehen und liegen“ lässt (Z. 289), um ein paar Stunden für sich zu haben. Diese Auszeiten äußern sich in gewissen Gewohnheiten, an denen Herr Berger jetzt noch mehr festhält als vor der Krebserkrankung seiner Tochter. Dazu zählt besonders der Sport, denn dieser ist „wichtig und gut“ (Z. 297). Auch die „Schreiberei“ (Z. 316) ist für den Vater „**sehr** wichtig“, betont er (Z. 297). Herr Berger betreibt einen Blog, wo

er seine Freunde und Bekannte während der gesamten Krankheitsphase von Anna informiert. Da er die Schreiberei liebt, ist dies für ihn „auch ganz schnell zu so einem Medium geworden, wo ich selber mich dann auch ausgetobt habe, bisschen selbstverwirklicht habe“ (Z. 316 ff.), sagt der Vater. Herr Berger hat sich diese Auszeiten „sehr gut so eingeteilt“ (Z. 333), wie er selbst sagt. Dadurch haben sie ihm „Ausgeglichenheit“ geschaffen (Z. 294 f.) und „ziemlich viel Entspannung bewirkt“ (Z. 333 f.).

Auch Herr Albrecht berichtet von bewussten Auszeiten, die er sich nahm, „um (s)eine Probleme zu verarbeiten und (s)eine gute Laune wieder für den nächsten Tag zu haben“ (Z. 1066 ff.). Gestaltet hat er diese beispielsweise, indem er sich an den Abenden, die er in der Klinik verbrachte, nach dem Schlafengehen seines Sohnes, mit einer Zeitung oder einer DVD ins Spielzimmer setzte und so „eben mal kurz eine Stunde privat“ für sich hatte (Z. 634 f.). Diese Zeit war ihm wichtig, betont der Vater. Außerdem ist Herr Albrecht einmal in der Woche am Abend zum Sport gefahren, nachdem er Ben ins Bett gebracht hatte, da er gemerkt hat, dass dieser Sport für seine Verarbeitung „richtig“ und „wichtig“ ist. So konnte er danach „wieder mit super Gedanken“ seinen Nachtdienst antreten, wie er sagt (Z. 1488 f.).

Herr Schulze beschreibt ebenfalls, dass er bemüht war, sich Auszeiten zu nehmen, was ihm aber nur in einem „sehr beschränkten Umfang“ gelang (Z. 314). Dennoch versuchte er, sich etwas zum Ausgleich zu erhalten. Dafür hat er während der Erkrankung seiner Tochter begonnen, ein Instrument zu lernen und intensiv zu spielen, erzählt er. „Das ist sowas, (...) was man eben schnell mitnehmen kann“, sodass er es „jederzeit, wenn mal eine Lücke ist, rausholen (...) und spielen (kann)“ (Z. 845 ff.). Das ist nicht viel, „aber es sind eben mal fünf Minuten für mich“, verdeutlicht Herr Schulze die Wichtigkeit dieses Mediums (Z. 318 f.).

Die Zeit ist nach Hobfoll eine wichtige Energieressource, welche es ermöglicht, auch neue Ressourcen zu erwerben (vgl. Kapitel 5.4.). Alle drei Väter versuchen sich Zeit für sich selbst zu nehmen, da ihnen bewusst ist, dass dies für die eigene Stabilität der Psyche wichtig ist. Wie jedoch deutlich wird, sind diese Auszeiten verschieden ausgeprägt. Bei Lehr und Thomae lassen sich die bewussten Auszeiten für sich selbst unter die si-

tuationsspezifische Reaktionsform des „Aufgreifens von Chancen“ fassen (vgl. ebd. 1991, S. 196). Dabei liegt die Voraussetzung darin, dass man einerseits diese Chancen überhaupt für sich erkennt und gleichzeitig Möglichkeiten hat, diese wahrzunehmen (vgl. ebd.). Insbesondere Herr Schulze scheint seine eigenen Bedürfnisse dabei so weit zurückgestellt zu haben, dass er seiner Wahrnehmung nach für sich kaum bis keine Chancen für Freiräume sieht. Dass er nicht mehr für sich selbst lebt, sondern für jemand anderen, wie er sagt, scheint, wie bereits erwähnt, einerseits zu verhindern, weitere Ressourcen zu eröffnen und andererseits die eventuell vorhandenen Ressourcen zu nutzen, was sich wiederum auf seine eigene Gesundheit auswirkt.

Fazit

Der vorgegangene Abschnitt zeigt die unterschiedlich ausgeprägten Auswirkungen der Krebserkrankung auf das Befinden der Väter. Auch in diesem Zusammenhang wird ein Kampferleben deutlich, welches ähnlich wie in Kapitel 7.2. vor allem bei den drei Vätern Gemeinsamkeiten aufweist, deren Kinder sich noch in Therapie befinden. Zugleich scheint auch hier Herr Fischer aufgrund des Todes seines Sohnes eine „Sonderrolle“ im Erleben einzunehmen, da er eine Ruhe ausstrahlt, wie sie im „Kampf“ nicht möglich wäre.

Die im kognitiv-transaktionalen Modell der Stressbewältigung von Lazarus beschriebenen Auswirkungen der Art der Wahrnehmung der Krise und der verfügbaren Ressourcen auf das psychische und physische Wohlergehen, werden durch die Erzählungen der Väter nachvollziehbar. Während Herr Berger und Herr Albrecht den Kampf mit positiven Assoziationen verbinden und auf vorhandene Ressourcen zurückgreifen können, scheint Herr Schulze durch die Bedrohung nahezu handlungsunfähig, was spürbar in seinen emotionalen Reaktionen zum Ausdruck kommt.

7.4. Die mit der Krebserkrankung verbundenen Lebensumstände der Väter

Im Folgenden werden alle Lebensbereiche erläutert, welche die Väter in den Interviews im Zusammenhang mit der Krebserkrankung ihres Kindes aufgegriffen haben. Dazu

zählen neben dem Erleben der Diagnose auch die innerfamiliäre Aufgabenteilung mit ihren verschiedenen Facetten, die Beziehung der Eltern, der Klinikalltag sowie der Blick in die Zukunft.

7.4.1. Die Diagnose als Moment der Dunkelheit, Zerstörung und des Schocks

Alle vier Väter thematisieren den Moment, als sie von der Krebserkrankung ihres Kindes erfahren haben, was sich unter anderem damit begründen lässt, dass der Moment der Diagnose nach Petermann et al. für Eltern den „erschütterndsten Augenblick des gesamten Behandlungsverlaufes“ darstellt (ebd. 1987, S. 128). Herr Berger bezeichnet ihn als „duster“ (Z. 43) und für Herrn Fischer ist in diesem Moment „eine Welt zusammengebrochen“ (Z. 31 f.). Auch in Schuchardts Krisenverarbeitungsmodell wird die zerstörerische Kraft der Konfrontation mit dem kritischen Lebensereignis beschrieben, da das bisherige „durch Normen geordnete (...) Leben“ vollkommen aus den Fugen gerät (vgl. ebd. 1996, S. 29). So fasst auch Herr Schulze die erste Zeit um die Diagnose als eine Phase zusammen, in der er aus „allem herausgerissen (wurde), was Normalität ist“ (Z. 75 f.). Zudem ist diese Phase gekennzeichnet durch einen Schockzustand (vgl. Schuchardt 1996, S. 29), wie ihn sowohl Herr Albrecht als auch Herr Schulze beschreiben. Beide Väter erzählen, dass sie das Erfahren der Diagnose als eine Schocksituation erlebt haben, welche jedoch bei Herrn Albrecht nur kurz andauerte, weil er „sofort wieder klar bei Gedanken“ war (Z. 31). Dahingegen bezeichnet Herr Schulze auch die erste Zeit nach der Diagnose noch als Phase des Schocks und der puren Verzweiflung (vgl. Z. 77 f.). Der Vater erzählt, dass er die Krebsdiagnose seiner Tochter als „so schockierend, so erschreckend“ (Z. 35) erlebt hat, dass er emotional „wie erstarrt“ war (Z. 37 f.). Er beschreibt diesen Zustand als „Schock unter Ausschaltung sämtlicher Emotionen“ (Z. 36 f.). Vor allem Fragen wie: „**Wieso** trifft uns das?“ (Z. 78) oder auch die Nachrechnung der Wahrscheinlichkeit dieses „erheblichen Zufallstreffers“ (Z. 79) der Krebserkrankung beschäftigten Herrn Schulze in dieser Anfangszeit. Gleichzeitig zählt er verschiedenste organisatorische Dinge auf, die trotz der Schocksituation nötig wurden. So mussten er und seine Frau in den ersten Tagen eine Menge Entscheidungen treffen, sich sehr viele Informationen besorgen, mit Fachleuten diskutieren, Zweit- und Drittmeinungen einholen und eine Position entwickeln, welche Therapieform sie richtig finden (vgl.

Z. 46 ff.). In dieser Beschreibung werden die von Lamri-Zeggar erläuterten intellektuellen Belastungen deutlich, denen Eltern durch die Konfrontation mit krankheitsspezifischen Begriffen und Kenntnissen ausgesetzt sind (vgl. Kapitel 3.2.). Herr Schulze beschreibt, dass er „erstmal nur rotiert hat, um sich sachkundig zu machen“ und sich dabei sehr um Sachlichkeit und Nüchternheit bemühte (Z. 57). Dies führte schließlich dazu, dass er zunächst „überhaupt nicht zum Empfinden von irgendwas“ kam (Z. 50 ff.). „Zu Depressionen hat man keine Zeit“ äußert Herr Schulze (Z. 66). Er versucht Worte zu finden, mit denen er diese Situation treffend beschreiben kann. Letztlich bezeichnet er sie als „totalen Ausnahmezustand“, als „Battlefield“ (Z. 67 ff.), als eine „Kampfsituation“ in die er geschmissen wurde in der er „reflexartig versucht(e), das Richtige zu machen, um das zu überstehen“ (Z. 53 ff.). Zunächst wusste er nicht, wie er mit dieser neuen Situation umgehen soll, denn er fühlte sich „wie vor den Kopf geschlagen“ (Z. 40) und „völlig am Boden“ (Z. 45). Herr Schulze erzählt, dass auch seine Frau in dieser Anfangszeit „genauso gebeutelt und genauso am Boden“ war wie er selber. Obwohl sie sich in den Arm nahmen und „wahnsinnig viel heulten“, wie der Vater sich erinnert, war es für ihn eine Zeit, in der er sich „emotional (...) **total** alleine“ fühlte (Z. 60 ff.). Er resümiert, dass man sich in dieser Situation „selber nicht helfen (kann) und dem anderen auch nicht“ (Z. 64 ff.).

Vor allem Herr Schulze beschreibt das Erleben der ersten Zeit nach der Diagnose ähnlich, wie es Schuchardt als verschiedene Phasen aus der Analyse von Biografien Betroffener herausgearbeitet hat (vgl. Kapitel 5.1.). Sehr deutlich wird der von ihr beschriebene anhaltende Zustand des Schocks, durch welchen zunächst kaum klare Gedanken möglich sind, sodass reflexartig auf erlernte Reaktionsmuster zurückgegriffen wird. Der Vater beschreibt, dass sämtliche Emotionen wie erstarrt waren und er praktisch nur „funktionierte“. Diesen Zustand bezeichnet Schuchardt als Zeit der „Kopferkenntnis“, bei welchem „die Erfahrung des Herzens“ und damit einhergehende Gefühle zunächst aufgrund des Schocks nicht möglich sind. Erst durch die Auseinandersetzung mit der Frage: „Warum gerade ich?“ oder wie sie sich Herr Schulze stellt: „**Wieso** trifft uns das?“, wird die emotionale Krisenverarbeitung eingeleitet, wodurch verschiedenste Gefühle frei werden. Können diese Phasen erfolgreich durchlebt und bewältigt werden, so entsteht nach Schuchardt ein Lernprozess hin zur Annahme der Krise.

7.4.2. Die innerfamiliäre Aufgabenteilung – Väter zwischen Familie und Beruf

Sowohl Herr Berger als auch Herr Albrecht und Herr Schulze sind während der Krebserkrankung ihres Kindes weiter ihrem Beruf nachgegangen und haben zudem im familiären Bereich zusätzliche Aufgaben übernommen. Dieser doppelte Verantwortungsbereich für Familie und Beruf wurde von Cook als eines der Hauptprobleme von Vätern mit einem krebskranken Kind identifiziert (vgl. Kapitel 4.3.1.). In diesem Zusammenhang merkt auch Herr Berger an, dass wahrscheinlich sehr viele Väter von krebskranken Kindern „eine große Baustelle in (ihrem) Leben zu viel haben“, wodurch für sie „kein Spielraum (...) für irgendwas (besteht)“ (Z. 886 f.).

In der folgenden Darstellung wird auf die verschiedenen Aufgaben, welche die Väter in der Erkrankungszeit übernehmen/übernommen haben, Bezug genommen.

7.4.2.1. Die Arbeit – eine Ambivalenz aus Be- und Entlastung

Herr Berger bezeichnet den Beruf als eine sehr „vaterspezifische“ Thematik (Z. 138) und stellt die Vermutung auf, dass diese „für ganz viele Väter wichtig sein (wird)“ (Z. 1064). In den Interviews haben alle drei berufstätigen Väter diese Thematik aufgegriffen. Dabei wird deutlich, dass sowohl Herr Berger als auch Herr Schulze das Fortführen ihrer Arbeit in gleicher Weise ambivalent erleben.

Für Herrn Berger stellt sein Job neben den Baustellen „zu Hause“ und „Klinik“ eine weitere „riesengroße Baustelle“ (Z. 64) dar, was für ihn zu einer „Dreifachbelastung“ (Z. 145) führt, wie er sagt. Dabei berichtet er von zwei spezifischen Problembereichen, die sich aufgrund der Krebserkrankung seiner Tochter für ihn in seinem Beruf ergeben. Herr Berger hat eine Leitungsposition inne, bei der er durch die Krebserkrankung seiner Tochter jedoch nicht mehr so präsent sein kann, wie er es gerne wäre. Da der Vater „die Zeit einfach für die Familie (braucht)“ (Z. 71 f.), „muss (er) im Job kürzer treten“ (Z. 86), erzählt er. Herr Berger beschreibt, dass er sich auf Arbeit „hart durchkämpfen“ musste (Z. 77), da sein Chef die Situation „gleich mal ausnutzen wollte“ (Z. 79 f.) und die Frage in den Raum warf: „Kann er das wirklich, will er das wirklich unter diesen

Umständen?“ (Z. 80 f.). Die Folge war, dass Herr Berger plötzlich eine „Personaldiskussion über (s)einem Kopf schwirren (hatte)“ (Z. 81 f.) und es „tatsächlich auch relativ knapp“ war (Z. 78 f.), wie er sagt. Ein weiterer Aspekt, welcher seinen Beruf zu einer Belastung bzw. Baustelle macht, ist, dass „das berufliche Umfeld um (ihn) herum, (...) auf Distanz geht“ (Z. 1071 f.). Herr Berger berichtet, dass er es als „imageschädigend“ erlebt hat, „so eine Krankheitsgeschichte zu Hause zu haben“ (Z. 1073 f.).

Zusammenfassend nimmt Herr Berger die Krebserkrankung seiner Tochter als einen Faktor wahr, der seine Position im Beruf schwächt (vgl. Z. 686 f.). Er definiert die Belastungen durch die Arbeit als sein „Hauptproblem“ (Z. 671), als eine „Falle, aus der (er) nicht rauskomm(t)“ (Z. 682). Dementsprechend beschreibt der Vater die Situation als „alles andere als schön“ (Z. 83 f.) und „unbefriedigend“ (Z. 92) und hält fest: „das ist eben scheiße“ (Z. 687).

Gegensätzlich zu dieser negativ behafteten Darstellung des Berufs, betont Herr Berger jedoch auch positive Aspekte. So war für ihn von Anfang an klar, dass er seine Arbeit „durchziehen“ möchte, denn „niemand hat was davon, wenn das Kind tot ist und ich bin meinen schönen Job dann trotzdem los“, sagt er (Z. 139 f.). Der Vater erklärt, dass er es nicht hätte in Prozent ausdrücken können, wie er die Prognose für Anna hätte verbessern können, wenn er seinen Job aufgegeben hätte (vgl. Z. 142 f.). Er berichtet, dass durch das Ausüben der Arbeit einerseits sein „normales Leben halbwegs so weiterläuft“ (Z. 533 f.) und dies gleichzeitig für ihn einen Ausgleich zur Krankenbetreuung von Anna darstellt. So sagt er: „nach so einem Anna-Wochenende freu ich mich auch wieder auf mein Büro“ (Z. 534 f.).

Auch Herr Schulze berichtet zunächst, dass er das Fortführen seiner Erwerbstätigkeit als eine „Plattform von Normalität“ und als einen „Rest (s)eines normalen Lebens“ erlebt hat (Z. 218 f.). Er stellt die Vermutung auf, dass es noch belastender für ihn gewesen wäre, wenn sich sein Leben nur noch um die Familie gedreht hätte. Im weiteren Erzählen wird jedoch deutlich, dass die eben erwähnten Vorteile durch mangelnde Kulanz des Arbeitgebers vor allem in der Anfangszeit nicht zum Tragen kamen, und die Arbeit, anstelle einer stabilisierenden Wirkung, ähnlich wie bei Herrn Berger zu einer „Zusatz-

und Doppelbelastung“ wurde (Z. 233 f.). So sagt er: „Das Blöde war, dass mein Arbeitgeber keine Rücksicht auf meine Situation genommen hat“ (Z. 221 f.). Herr Schulze berichtet, dass ihm vor allem in dem ersten Jahr der Erkrankung sogar Überstunden „aufgebürdet“, „aufgezwungen“ wurden, trotz des ausdrücklichen Wunsches, nicht mehr arbeiten zu müssen als nötig (Z. 222 ff.). Mit Ironie erzählt er: „Irgendwie scheine ich mit Kopf unter dem Arm immer noch gut auszusehen“ (Z. 732 f.), da sein Arbeitgeber nicht begriffen hat, dass er an seine Grenzen kommt, sondern womöglich immer dachte: „Ach, der Schulze, der macht das schon“ (Z. 734 f.). Herr Schulze erklärt sich diese Reaktion seines Vorgesetzten als eine Art „Übersprungshandlung“ (Z. 739 f.) aus dem Unvermögen heraus, mit dieser Situation umzugehen. Er vermutet, dass die nötige Kulanz nicht mit der Anforderung zusammengepasst hätte, dass Vorgesetzte Leistung fordern müssen und daher die Angst, sich als Vorgesetzter in seiner Führungsstärke zu blamieren, überwog. Der Vater nimmt an, dass sein Arbeitgeber erst recht mehr von ihm verlangte, „um sich nicht dem Vorwurf selbst auszusetzen, zu weich gewesen zu sein oder (ihn) übermäßig geschont zu haben“ (Z. 740 ff.). Die Tatsache, dass Herr Schulze dadurch „nur noch gearbeitet“ hat und nachts mit der Situation zu Hause konfrontiert war, führte zu einer „totalen Überlastung“, welche sich sowohl psychisch als auch physisch äußerte (Z. 224 f.). Das Arbeiten fiel ihm mit der Zeit immer schwerer, sodass seine Kräfte immer mehr „abbröckelten“ (Z. 162 f.) und er „dann praktisch nur noch krank geschrieben war“ (Z. 173). Herr Schulze resümiert: „Die Welt ist hart, die Arbeitswelt ist verdammt hart“ (Z. 767).

Im Gegensatz zu den Beschreibungen von Herrn Berger und Herrn Schulze stellte die Arbeit für Herrn Albrecht „überhaupt keine Doppelbelastung (dar). Nicht ansatzweise“, betont er (Z. 555 f.). Dazu trug einerseits bei, dass er sich als Selbstständiger alles so takten und einteilen konnte, wie er wollte. Außerdem hat es zu dieser Zeit durch die Wirtschaftskrise weniger Arbeit für ihn gegeben, erzählt er, wodurch er auch mehr Zeit für seinen Sohn hatte. Im Gegenteil sah Herr Albrecht seine Arbeit als eine Möglichkeit, sich einerseits abzulenken und gleichzeitig Energie für die Betreuung im Krankenhaus zu sammeln. „Also die Verarbeitung, die war in die Richtung (...) klasse“, hält er fest (Z. 572).

Die Thematik des Berufes wurde auch in der Studie von Cook von den Vätern aufgegriffen (vgl. Kapitel 4.3.1.). Während darin jedoch ausschließlich negative Aspekte der Arbeit angesprochen wurden, sehen die Väter der vorliegenden Forschungsarbeit auch wichtige Ressourcen in der Fortführung ihres Berufes.

Aufgrund der Forschungsergebnisse von Cook und den Aussagen von Herrn Berger und Herrn Schulze lässt sich vermuten, dass die auftretenden Konflikte, resultierend aus den Reaktionen der ArbeitgeberInnen, ein häufiges Phänomen in diesem Zusammenhang darstellen. Daraus entstehende negative Auswirkungen auf den Bewältigungsprozess der Väter werden offensichtlich. Würden diese unnötig belastenden Reaktionen entfallen, könnten die als sehr positiv geschilderten Effekte der Arbeit eine große Ressource für Väter bei der Bewältigung der Krebserkrankung darstellen. So heben alle drei Väter ihren Job als Möglichkeit der Abwechslung, Normalität, Entlastung und Energiequelle hervor, wobei diese Aspekte durch die bestehenden Konflikte bei Herrn Berger und Herrn Schulze getrübt werden. Allein Herr Albrecht, welcher nicht unter einem/einer Vorgesetzten arbeitet, wirft einen durchweg positiven Blick auf die Thematik der Arbeit.

7.4.2.2. Die Betreuung der Geschwisterkinder

Neben den beruflichen Verpflichtungen berichten zwei der vier Väter, sich zudem mehr als sonst um die Betreuung der Geschwisterkinder gekümmert zu haben, da sich die Mütter einen Großteil der Zeit in der Klinik bei dem erkrankten Kind befanden.

So sahen es Herr Berger und auch Herr Fischer als eine ihrer Hauptaufgaben an, sich während der Erkrankung verstärkt um die Geschwisterkinder zu kümmern. Herr Fischer verbrachte dabei sehr viel Zeit mit seinem zweiten Sohn allein, was er einerseits als „wunderbar“ (Z. 209) erlebte, andererseits spricht er aber auch von Schwierigkeiten, da sich sein Sohn aufgrund dieser einseitigen Betreuung wie ein „Scheidungskind“ (Z. 211) fühlte, wie er sagt. Dieses Hin- und Hergerissensein seines Sohnes und die daraus resultierenden Schwierigkeiten beschreibt Herr Fischer beispielsweise wie folgt: „Freitag nach der Schule (...) nach E-Stadt gefahren und Sonntag wieder nach Hause. Dann

waren wir die ganze Woche hier. Er hatte keine Lust Hausaufgaben zu machen, irgendetwas zu üben, für die Schule zu machen. Er sah ja überhaupt keinen Sinn darin“ (Z. 212 ff.).

Beschreibt Herr Fischer eher die einseitige Betreuung als Belastung für seinen Sohn, so erlebte Herr Berger die Betreuung der Geschwisterkinder im Zusammenspiel mit seinen anderen Verpflichtungen vor allem zu Beginn der Erkrankung für sich selbst als zusätzliche Belastung. Mittlerweile zeigen seine Kinder aber eine „erstaunliche Reife“ (Z. 188), sodass diese jetzt „ganz gut auf sich selber aufpassen können“ (Z. 190), registriert Herr Berger mit Dankbarkeit. Er spricht ihnen „ein ganz dickes Kompliment“ aus (Z. 195), da sie „selten mal jammern“ und wenn sie jammern, „dann sprechen sie es auch klar aus“ (Z. 196 f.). Dennoch betont er, dass man nie vergessen darf, dass diese „auch als belastet“ und als „sehr schützenswert zu betrachten (sind)“ (Z. 185 f.). Manchmal ist er „versucht, das zu vergessen“ (Z. 186 f.), einerseits „weil die großen Kinder nicht das Allerdringendste zu sein scheinen und andererseits „weil (sie) eine erstaunliche Reife zeigen“ (Z. 187 f.). Er macht deutlich, dass „man immer wieder aufpassen (muss), dass man (...) es sich nicht zu leicht macht“ (Z. 191 f.), denn „ganz so ist es dann doch nicht“, sagt er (Z. 194). Die spezifische Aufgabe in der Betreuung der Geschwisterkinder sieht er im Allgemeinen darin, „(die) Welt (seiner großen Kinder) einigermaßen in Ordnung (zu) halt(en)“ (Z. 212).

Die Versorgung der Geschwisterkinder wird von Cook als ein allgemeiner Problembereich von Eltern krebskranker Kinder aufgeführt, jedoch nicht als väterspezifische Problematik (vgl. Kapitel 4.3.1.). Aus den Erzählungen der Väter wird deutlich, dass die durch die Krankheitssituation notwendige einseitige Betreuung der Geschwister sowohl für die Väter als auch für die Kinder eine Belastung darstellen kann. Je älter und selbstständiger die Kinder werden, umso geringer werden dabei die Belastungen für die Väter. Im Vergleich zu den Belastungen, welche die Väter der vorliegenden Arbeit im Beruf schilderten, scheint die Betreuung der Geschwisterkinder jedoch weniger prägnant für den Bewältigungsprozess.

7.4.2.3. Abwechslung der Eltern bei der Betreuung des erkrankten Kindes

Das von Cook beschriebene Hauptproblem der Väter, durch die Arbeit aus dem Leben der Frau und von der Pflege des erkrankten Kindes ausgeschlossen zu sein (vgl. Kapitel 4.3.1.), kam in den vorliegenden Interviews von keinem der Väter direkt zur Ansprache. Vielmehr thematisierten vor allem zwei Väter eine Aufgabenteilung der Eltern, bei welcher auch der Vater neben dem Job aktiv in die Betreuung des erkrankten Kindes integriert ist.

So definiert Herr Berger das regelmäßige Ablösen seiner Frau neben der Betreuung der Geschwisterkinder als seine zweite Hauptaufgabe. Da er Alleinverdiener ist, findet er es gerecht und in Ordnung, dass die Betreuungsleistung nicht zu gleichen Teilen auf Mutter und Vater aufgeteilt wurde, sondern seine Frau den größeren Teil der Krankenbetreuung macht. Er löst seine Frau „im Schnitt also pro Woche zwei volle Tage ab (...)“ (Z. 243 f.). In diesem Zusammenhang berichtet Herr Berger, dass der Zeitpunkt der Krebserkrankung seiner Tochter „biografisch eigentlich sogar günstig“ war (Z. 235 f.), da seine Frau „gerade so in der Phase gewesen (wäre), wo sie hätte wieder anfangen können zu arbeiten“ (Z. 236 f.). Damit stand die Aufgabenverteilung fest. Dennoch hat sich Herr Berger „von Anfang an eingeklinkt“ (Z. 242), um einerseits seine Frau zu entlasten und andererseits auch etwas von seiner kleinen Tochter zu haben, denn er möchte sie „nicht vier Wochen gar nicht sehen“, sagt er (Z. 241 f.).

Die Betreuung seiner erkrankten Tochter erlebt Herr Berger für sich als eine Ambivalenz zwischen zusätzlicher Belastung, Erholung vom Beruf, der Möglichkeit, seine Frau zu entlasten und schließlich der Gelegenheit, bei seiner Tochter zu sein. So erzählt er, dass er zwar nicht die „Nummer-Eins-Betreuung“ ist (Z. 529), aber die intensive Betreuung ihn trotzdem sehr eng mit Anna zusammenbringt. Dennoch empfand er diese Nähe, welche sich oft darin äußerte, dass er zwölf Stunden am Stück mit seiner Tochter im Krankenzimmer war, vor allem am Anfang nicht als „Spaß für einen älteren und etwas ruhigeren Menschen“ wie ihn (Z. 254 f.). Dadurch war er „schon manchmal geschafft“, wie er sagt (Z. 256). Herr Berger berichtet, er musste sich „erstmal daran gewöhnen“ (Z. 254), „aber irgendwie hat man sich auch daran gewöhnt“, sodass es mitt-

lerweile „richtig anstrengend (...) eigentlich schon längst nicht mehr (ist)“ (Z. 256 ff.). Hinzu kommt, dass sich die Krankenbetreuung zudem als „sehr wechselhaft“ gestaltet (Z. 264), was sich manchmal auch einfach in „Zeitabsitzen“ äußert (Z. 268). Vor allem als Anna auf der Intensivstation und „kaum bei sich“ war, hat Herr Berger sich manchmal „daneben gesetzt den ganzen Tag, ein Buch rausgenommen und gelesen“ (Z. 266 f.). „Das war ja nicht weiter anstrengend“, erzählt er (Z. 267). Um mit dieser zusätzlichen Belastung umgehen zu können, hat Herr Berger diese „Anna-Wochenenden“ letztlich so für sich „umgedeutet“, dass sie die „Erholung zu seinem Job“ zu sein haben, reflektiert der Vater im Interview (Z. 272 f.). Dies hat auch gut funktioniert, sagt er, da „die Krankenbetreuung etwas völlig anderes ist, als der Stress auf der Arbeit, sodass es doch sich gegenseitig teilweise ein bisschen aufhebt“ (Z. 277 f.). So freut er sich nach einem Anna-Wochenende auch wieder auf sein Büro, erzählt der Vater. Er resümiert, dass sich durch die anteilige Krankenbetreuung neben seinem Beruf sein Leben im Gegensatz zum Leben seiner Frau nicht völlig ändert, sondern eher „noch was oben drauf kommt“ auf den alltäglichen Stress (Z. 531).

Während bei Herrn Berger sowohl positive als auch negative Aspekte dieser Abwechslung zum Ausdruck kommen, beschreibt Herr Albrecht diese als durchgehend positiv. Auch Frau Albrecht befand sich zum Zeitpunkt der Diagnose noch im Erziehungsjahr ihres zweiten Kindes. Das gemeinsame zweite Kind besuchte dann aber aufgrund der Krebserkrankung seines Bruders umstandshalber früher als geplant die Kinderkrippe, sodass Frau Albrecht die Betreuung des erkrankten Sohnes am Tag in der Klinik übernahm. Herr Albrecht ging als Selbstständiger weiter seiner Arbeit nach, verbrachte aber die Abend- und Morgenstunden sowie in der Anfangszeit auch die Nächte in der Klinik. Der Vater betont, dass ihm die Abwechslung mit seiner Frau sehr wichtig war. So konnte er am Tag Energie sammeln und diese in die Abendbetreuung einbringen. Seine Frau wiederum sammelte am Abend und in der Nacht neue Energie für den Tag. Wenn Herr Albrecht dann beispielsweise früh nicht mehr weiter kam, weil Ben seine Tabletten nicht nehmen wollte, so war er froh, wenn sie „mit neuem Schwung (...) und neuer Energie super Ideen (einbrachte)“ (Z. 283 f.). „Dann (gingen) doch irgendwie die Tabletten rein, wo ich vielleicht dann doch kapituliert (hätte)“, sagt Herr Albrecht (Z. 284 ff.) und betont gleichzeitig, dass sie es durch diese Abwechslung oft

auch „viel einfacher als viele andere Eltern“ hatten (Z. 258 f.). Ob die Nächte in der Klinik für Herrn Albrecht zu seinem Job am Tag eine zusätzliche Belastung darstellten, ging aus dem Interview nicht hervor.

Ähnlich wie bei der Thematik der Arbeit werden auch in der Abwechslung bei der Betreuung des erkrankten Kindes zwei Facetten deutlich. Herr Berger beschreibt dies einerseits als eine Möglichkeit, seine Frau zu entlasten und gleichzeitig bei seiner Tochter zu sein. Andererseits erlebte er die Situation vor allem auch zu Beginn als zusätzlich belastend. Um mit dieser Belastung umgehen zu können, wird bei Herrn Berger eine ganz spezifische Form der Bewältigung ersichtlich: die Umdeutung der belastenden Situation als Gelegenheit, sich vom Job zu erholen. Lazarus fasst dies unter die intrapsychischen Bewältigungsformen, welche das Ziel haben, Belastungen zu reduzieren und das eigene Wohlbefinden zu steigern (vgl. Kapitel 5.3.2.). Auch Graumann (zit. nach Lehr und Thomae) greift diese Form unter dem Aspekt der „positiven Deutung“ auf (vgl. Kapitel 5.5.1.). Dabei werden die guten Erfahrungen der Krankenbetreuung akzentuiert und hervorgehoben, wodurch die negativen Aspekte an Gewicht verlieren. Herr Albrecht bringt zudem eine weitere Perspektive ein, indem er die Abwechslung mit seiner Frau als Ressource hervorhebt, sich gegenseitig zu ermöglichen, wieder Energie zu sammeln, was sich wiederum positiv auf die Betreuung des Kindes auswirkt.

Es lässt sich an dieser Stelle die Vermutung aufstellen, dass sich hier im Vergleich zu der Studie von Cook aus dem Jahr 1984 bereits ein Wandel in der väterlichen Rolle andeutet. Beschreibt Cook die mütterliche Rolle als „being nurturing, home centered, and child oriented“ und die Väter als „breadwinners, emotional stabilizers, and family coordinators“ (ebd., S. 89), so zeigt sich bei den beiden Vätern eine Vermischung dieser Rollen. Während Cook vermerkt, dass sich Väter in der Pflege des kranken Kindes „unwohl und fehl am Platz“ fühlen, ist in den vorliegenden beiden Interviews eine Identifizierung der Väter mit dieser Rolle zu spüren. Im Gegensatz dazu gibt der nachfolgende Abschnitt einen Einblick in eine recht geschlechtstypische Aufgabenteilung zwischen Mutter und Vater.

7.4.2.4. „Sie ist am Kind. Ich bin an der Peripherie“ – Väter als Absicherer der Rahmenbedingungen

Sowohl bei Herrn Fischer als auch bei Herrn Schulze wird eine klare (geschlechtsspezifische) Aufgabenverteilung bei der Organisation und Bewältigung des Alltags zwischen Mutter und Vater deutlich.

Herr Schulze erzählt, dass seine Frau viel näher an seiner Tochter dran ist, da sie zunächst durch die Elternzeit und später durch eine bis heute andauernde Krankschreibung permanent mit Sonja in engem Kontakt steht. Die Bindung zwischen seiner Frau und seiner Tochter beschreibt er als „unglaublich eng“ (Z. 248 f.). In den Zeiten, in denen Herr Schulze seinem Beruf nachging, hatten er und seine Frau den „Deal“, dass sie ihn vor allem auch nachts von der stets erforderlichen Pflege seiner Tochter entlastet (Z. 779 f.). Da Frau Schulze im Bereich der Naturwissenschaften beruflich tätig war, kümmert sie sich neben der Pflege von Sonja vor allem auch um medizinische Angelegenheiten, Behandlungsmethoden, Ernährungsfragen etc., berichtet Herr Schulze. „Alles, was Sonja direkt braucht“, liegt im Aufgabenbereich der Mutter, sagt er.

Herr Schulze wiederum sieht seine Aufgabe vor allem darin, die Rahmenbedingungen abzusichern und dafür zu sorgen, dass seine Frau und seine Tochter „alles haben, was sie brauchen“ (Z. 251 f.). „Ich sichere so die Peripherie ab. Ich mach die ganze Logistik drum rum“ (Z. 249 f.), erklärt er. So kümmert er sich beispielsweise um das „Finanzielle“ und den „Alltagskram“ (Z. 250 f.). Auch den erforderlichen Umbau und die Sanierung der Immobilie aufgrund des Schimmelbefalls einzelner Räume übernahm Herr Schulze. Die Aufgabenteilung zwischen ihm und seiner Frau fasst er zusammen mit den Worten: „Sie ist am Kind. Ich bin an der Peripherie“ (Z. 262).

Auch Herr Fischer macht ähnliche Äußerungen. So sagt er, dass seine Frau für seinen erkrankten Sohn die „wichtigste Person“ (Z. 196), die „Bezugsperson“ (Z. 199) war. Er selbst sah sich in diesem Zusammenhang als „Papa (...) zum Bespaßen (...), zum Blödsinn machen“, zum Beispiel, wenn er gemeinsam mit seinem Sohn auf Station Fußball spielte (Z. 196 ff.). Ebenso klare Aufgabenbereiche definiert Herr Fischer für sich in

Bezug auf seine Frau. So erzählt er, dass er mehr so nebenher lief und einfach da war, um seine Frau zu stärken und in allem Möglichen, häufig mit einfachen Unterstützungsarbeiten zur Seite zu stehen (vgl. Z. 1040 ff.). Gleichzeitig war er derjenige, der seiner Frau immer wieder Mut machte, sie „aufpeppelte“ und „mitzog“ und ihr „so eine Art positive Energie weiter(gab)“ (Z. 597 f.). „Das hat halt immer wieder weitergeholfen“, erzählt Herr Fischer (Z. 598 f.).

In diesen Erzählungen finden sich wiederum die von Cook beschriebenen geschlechtstypischen Rollen wieder. Nach Cook sind diese Persönlichkeitsbilder so fest in der Gesellschaft verankert, dass sie gerade auch in solchen Krisensituationen die Organisation der Aufgabenteilung prägen (vgl. Kapitel 4.3.1.). Dass sich Väter dadurch während der Erkrankungszeit ausgeschlossen fühlen, wie Cook vermerkt, wird aus den vorliegenden Interviews nicht ersichtlich. Auf den ersten Blick scheint die klare Aufgabenteilung als effektiv und hilfreich für die Bewältigung der Situation eingeschätzt zu werden, was jedoch die von Cook aufgestellte These nicht ausschließt.

7.4.3. Und plötzlich passt (k)ein Blatt zwischen uns – die Beziehung der Eltern zwischen Nähe und Distanz

Dass die Krebserkrankung des Kindes auch auf die elterliche Beziehung Auswirkungen hat, wird in der Literatur mehrfach deutlich (vgl. Kapitel 3.1.). Auch in der vorliegenden Forschungsarbeit thematisieren alle vier Väter die Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Beziehung zu ihrer Frau. Dabei beschreibt Herr Fischer diese Erfahrung als durchweg positiv, Herr Berger und Herr Schulze heben sowohl Gewinne als auch Belastungen hervor, während Herr Albrecht überwiegend von Schwierigkeiten aufgrund einer unterschiedlichen Belastungsverarbeitung berichtet.

7.4.3.1. Der „Gewinn“ der Gemeinschaft

Herr Fischer erzählt, dass die drei Jahre Erkrankungszeit seines Sohnes für ihn kaum eine „Zeit der Entbehrung“ darstellten, sondern die Familie durch die Krebserkrankung sehr „zusammen(ge)schweiß(t)“ wurde (Z. 525 ff.). Er beschreibt seine Frau als den

wichtigsten Menschen in seinem Leben, weil sie schon soviel zusammen durchgemacht und eben auch die lange Erkrankungszeit von Lukas gemeinsam durchgestanden haben (vgl. Z. 558 f.). Auch nach Lukas' Tod sind alle zusammen „wieder aufgestanden“ (Z. 559 f.), erzählt Herr Fischer. Dabei berichtet er auch von seinem zweiten Sohn und betont, dass besonders er es war, welcher den Eltern nach dem Tod die Kraft gab, weiter zu machen: „Das muss weiter gehen. Wir haben noch einen Sohn, der braucht uns jetzt mehr denn je“ (Z. 601 f.), sagt Herr Fischer, als er von der Zeit nach Lukas' Tod erzählt. Dass die Familie „wie zusammengeschweißt“ ist und diesen Weg gemeinsam geht, verdeutlicht er mit der Aussage: „Wir schaffen das schon irgendwie zusammen“ (Z. 604 f.).

Auch Herr Berger betont diesen Zusammenhalt und das gemeinsame Erleben. So hält er zunächst fest, dass die Krebserkrankung von Anna für die Familie eine „gemeinsam(e) (...) riesengroße Aufgabe“ darstellt (Z. 583). Er glaubt, dass diese Zeit seine Frau und ihn „langfristig (...) mehr zusammen bringt“ (Z. 475 f.) und „das Vertrauen eher noch zunimmt“ (Z. 456 f.), „weil man hat ja doch dann ganz schön was gemeinsam erlebt, gemeinsame Abenteuer erlebt“ (Z. 476 f.), erzählt er. In diesem Zusammenhang macht Herr Berger zudem deutlich, wie „toll“ er es findet, „dass alles so auf Zuruf von alleine fast funktioniert“ (Z. 457 f.). Dies betrachtet er als einen „große(n) Gewinn“ (Z. 458).

Ähnliche Erfahrungen beschreibt auch Herr Schulze, welcher sich besonders seit der Krebserkrankung seiner Tochter überhaupt nicht mehr vorstellen kann, die Beziehung zu seiner Frau jemals in Frage zu stellen, da die Eltern „ein massives gemeinsames Interesse“, „ein unverdrängbares gemeinsames Ziel“ verbindet (Z. 292 ff.). Anders als früher wissen beide „den anderen so sicher an seiner Seite“, was Herr Schulze als eine sehr gute Erfahrung beschreibt (Z. 297 f.). Damit macht auch er die Gemeinsamkeit im Erleben deutlich und hebt noch einmal hervor, dass er sich mit seiner Frau nach wie vor hervorragend versteht. „Es passt kein Blatt dazwischen“, beschreibt er die enge Bindung (Z. 267 f.). Herr Schulze erlebt die Beziehung zu seiner Frau durch die Krebserkrankung des Kindes als wäre sie „zusammengeschmiedet“ (Z. 291 f.). Er resümiert, dass sich die Beziehung nicht nur bewährt hat, sondern auch reifer und fester geworden ist.

Diese Beschreibungen der Väter bestätigen die Darstellungen aus Kapitel 3.1., dass Eltern durch die Krebserkrankung eines Kindes auch mehr zusammenwachsen können und ihre Beziehung an einem solch kritischen Lebensereignis wächst, reift und sich vertieft, sofern die Eltern über gegenseitiges Verständnis und ähnliche Gefühlserlebnisse verfügen (vgl. Schmalenbach & Bode 1984/Petermann et al. 1987/Hertl 2004). Gleichzeitig beschreiben Herr Berger und Herr Schulze, welche eben die „Gewinne“ für die elterliche Beziehung hervorgehoben haben, auch mit der Krebserkrankung einhergehende „Verluste“ hinsichtlich der Partnerschaft.

7.4.3.2. Der „Verlust“ der Partnerschaft

Trotz der sehr positiven Erfahrung des gemeinsamen Erlebens erzählen die beiden Väter, dass die Krebserkrankung auch negative Konsequenzen für die elterliche Beziehung mit sich bringt, da für die Eltern als Paar kaum noch „Kontaktpunkte“ bleiben.

Herr Berger beschreibt, dass sich die Beziehung zu seiner Frau ganz praktisch dahingehend verändert hat, „dass (sie) viel weniger Kontakt haben“ (Z. 448 f.). Er berichtet davon, seine Frau im Moment zweimal für etwa eine Stunde in der Woche zu sehen, wobei sie „dann meistens noch nicht mal allein sind“ (Z. 451). Aufgrund dieser fehlenden gemeinsamen Zeit haben die Eltern auch „keine (...) Gelegenheit (...), (sich) überhaupt irgendwie miteinander auseinanderzusetzen“ (Z. 467 ff.), sodass die Beziehung zwischen Herr und Frau Berger zurzeit „so was von ruht“, erzählt der Vater (Z. 467). Ihr Eheleben besteht derzeit aus dem Besprechen der wichtigsten Dinge, sagt Herr Berger. Er äußert: „das ist nicht schön, aber das ist aushaltbar“ (Z. 455 f.), auch wenn er betont, dass ihm das Partnerschaftliche schon eindeutig fehlt. Aufgrund der vielen anderen Verpflichtungen, die durch die Krebserkrankung von Anna auf die Eltern zukommen, bleibt „für die Ehe keine Zeit“ mehr (Z. 613). In diesem Zusammenhang hält Herr Berger fest: „als Mann kommt man schon zu kurz, das ist klar“ (Z. 608). Denkt er an die Zeit nach der Erkrankung, so geht er davon aus, dass er und seine Frau sich aufgrund dieser mangelnden gemeinsamen Zeit erst einmal wieder aneinander gewöhnen müssen und hofft, dass sie „das, wie so vieles andere auch, im Alltag dann wieder miteinander hinkriegen“ (Z. 464 f.). Er mutmaßt, dass eventuell „jeder für sich in dieser Zeit noch

mal egoistischer wird (...), weil jeder für sich ja auch sich im Gleichgewicht halten muss“ (Z. 478 f.). Dennoch glaubt Herr Berger nicht, dass „die ganze Krankheitsgeschichte um Anna“ die Eltern „auseinanderbringt“ (Z. 471).

Ähnlich schildert auch Herr Schulze seine Wahrnehmung hinsichtlich der Beziehung mit seiner Frau als eine „Gemengelage aus Verzicht und neuen Erfahrungen, neuen Qualitäten“ (Z. 299 f.). Er empfindet die Art der Beziehung derzeit im Gegensatz zu früher nicht wie die eines Liebespaares, sondern als eine Kampfgemeinschaft, bei der es nicht mehr um das Paar geht, sondern um das erkrankte Kind. Konnten sie sich früher auf sich konzentrieren, überwiegt nun die Konzentration auf funktionale Aspekte. Ihm ist bewusst, dass ihre Tochter auch in Zukunft „immer Vorfahrt haben (wird)“, wodurch sich auch „die Prioritäten, die Wertigkeiten“ in der Beziehung verschieben, erzählt Herr Schulze (Z. 288 ff.). Er hat das Gefühl, dass ein „Kind (...) alle möglichen Kontaktpunkte, die sonst ein Paar miteinander hat, (blockiert)“ (Z. 279 f.) und so den Partner für die Frau in vieler Hinsicht ersetzt. Der Vater gibt an, sich damit arrangieren zu müssen, erlebt diese Veränderungen aber dennoch als eine „totale Druckprobe“ für die Beziehung (Z. 119). Da zwischen der Mutter und dem erkrankten Kind während der Erkrankungszeit nach Hofmeister et al. (1984, zit. nach Häberle 2010) „eine immer enger werdende emotionale – oft sehr symbiotisch geprägte – Beziehung“ entsteht, fühlen sich Väter häufig ausgeschlossen, was sich auch bei Herrn Schulze andeutet.

Diese Aussagen lassen sich mit der in Kapitel 3.1. erwähnten Studie von Maury (1982, zit. nach Lamri-Zeggar 1991, S. 74) vergleichen, aus welcher ebenfalls Belastungen und Probleme in der Beziehung der Eltern hervorgingen. Demnach fühlt sich ein Großteil der Väter in der Partnerschaft einsamer, was die Väter der vorliegenden Forschungsarbeit insbesondere damit begründen, dass sich die Eltern einerseits viel weniger sehen (Herr Berger) und zudem das erkrankte Kind immer im Vordergrund steht (Herr Schulze). Dennoch gehen beide Väter davon aus, dass die „Verluste“ irgendwann zurückgehen, während die „Gewinne“ auch nach der Erkrankungszeit für die Eltern erhalten bleiben. Beide vertrauen darauf, dass die Krebserkrankung die Eltern langfristig gesehen mehr zusammenbringt.

7.4.3.3. Krebs als Belastungsprobe für die Beziehung – der unterschiedliche Umgang von Müttern und Vätern

Aufgrund „massiver Belastungen“ und „steigender Bedürfnisse“ kann es nach Lamri-Zeggar durch die Krebserkrankung eines Kindes auch zwischen den Eltern zu interpersonellen Problemen kommen, welche sich beispielsweise in zunehmenden Auseinandersetzungen äußern (vgl. Kapitel 3.2.). In den vorliegenden Interviews berichten sowohl Herr Berger als auch Herr Albrecht von einem unterschiedlichen Umgang der Eltern mit der Erkrankungs- bzw. Belastungssituation, welcher jedoch bei den Vätern eine sehr unterschiedliche Ausprägung annimmt. Während bei Herrn Berger die Unterschiede weniger Auswirkungen auf die elterliche Beziehung haben, wird die Beziehung von Herrn Albrecht dadurch maßgeblich geprägt.

Den wesentlichsten Unterschied zwischen ihm und seiner Frau sieht Herr Berger darin, dass er mehr in medizinischen und wissenschaftlichen Wahrscheinlichkeiten und Statistiken denkt und redet. Für ihn es ist es sehr wichtig, wenn ein Arzt ihm sagt: „Prognose so und so. So und so viel Prozent“ (Z. 499 f.). Seine Frau hingegen beschreibt er als einfühlsamer, sie denkt mehr von der kindlichen Psyche aus und interessiert sich nicht so für Wahrscheinlichkeiten. Diesen Unterschied im Erleben und Handeln zwischen Müttern und Vätern greift auch Hertl auf, indem er äußert, dass Väter weiträumiger und zukunftsbezogener denken, während sich Mütter mehr mit der aktuellen Situation und dem Wohlergehen des Kindes beschäftigen (vgl. Kapitel 3.3.). Für Herrn und Frau Berger ergibt sich daraus in bestimmten Entscheidungen eine „unterschiedliche Sicht der Dinge“ (Z. 504), was manchmal auf kleinere Konflikte hinausläuft, erzählt der Vater. Er betont jedoch, dass sie „da nicht wirklich weit voneinander abweichen, es sind bloß so Nuancen“ (Z. 510 f.).

In einem anderen Ausmaß äußern sich diese Unterschiede bei Herrn Albrecht, wie aus seinen Erzählungen deutlich wird. Der unterschiedliche Umgang mit der Belastung von Herrn und Frau Albrecht zeigte sich bereits beim Erfahren der Diagnose. Nachdem den Eltern der Verdacht der Leukämie bestätigt wurde, „(rutschen) Frauen dann eben nochmal in so ein Tief“, erzählt Herr Albrecht und sagt gleichzeitig: „für mich war das klar.

Es ist einfach so. Und das (...) wussten wir schon vorher, da muss ich jetzt nicht nochmal reinrauschen“ (Z. 114 ff.). Auch bei dem folgenden Aufklärungsgespräch äußerte seine Frau im Nachhinein, dass sie zu dieser Zeit noch gar nicht aufnahmebereit war, sondern mit den Gedanken die ganze Zeit bei ihrem Sohn und was sie alles bisher mit ihm erlebt haben. „Das war bei mir überhaupt nicht“, sagt Herr Albrecht, „ich konnte mich da ganz sachlich, ruhig, auf die Pläne gucken, jedes hinterfragen, jeden Wert und hier hohes Risiko, niedriges Risiko, wann erfahren wir das, nach wie vielen Wochen, wie muss die Chemo wirken, was muss die auffressen, also ich bin da schon wieder mit klaren Gedanken dort rein und weiß das auch heute noch genau, was die mir da erklärt hatte“ (Z. 124 ff.). Der Vater erzählt, dass seine Frau und er auch die Angst um ihren Sohn sehr unterschiedlich verarbeitet haben, was sich vor allem darin äußerte, dass sich die Eltern immer häufiger stritten. „Am Anfang habe ich das nicht so gefühlt, nicht gemerkt, weil wir gar keine Zeit dafür hatten, der eine war dort, der andere war dort“ (Z. 490 f.), berichtet er, aber mit der Zeit wurde ihm bewusst: „Heu, was ist denn hier los? Wieso geht denn das hier nicht normal?“ (Z. 491 ff.). Die Auseinandersetzungen gründeten meist in unterschiedlichen Ansichten über die Konsequenz in der Erziehung des erkrankten Kindes. Für seine Frau war dieser Punkt schwierig geworden durch die Krankheit, erzählt er. „Sie war dann also auch nicht mehr so belastbar“, gibt er an (Z. 420). Vor der Erkrankung haben sie in der Kindererziehung „den gleichen Punkt (ge)fahren“ (Z. 426 f.), berichtet Herr Albrecht, während sie sich durch die Erkrankung beide in unterschiedliche Richtungen entwickelten. Er berichtet davon, dass seine Frau vorschlug, gemeinsam einen Psychologen aufzusuchen, nachdem ihr bewusst wurde, dass sie sich „dort ein bisschen auseinandergelebt hatten“ (Z. 606 f.). Herrn Albrecht waren die Probleme aber zu diesem Zeitpunkt noch nicht bewusst, sodass er sagte: „Was wollen wir denn dort? Wir müssen hier das fertig bringen, wir müssen den Plan fertig bringen und dann wird das wieder“ (Z. 635 ff.). Er gibt an, so in seinem Plan gewesen zu sein und alle in seinen Plan mit hineinnehmen zu wollen, dass da „privat nicht mehr da war“, wie er sagt (Z. 630 f.). „Da wird nur noch erstmal der Plan abgearbeitet“ (Z. 631).

Dieses unterschiedliche Erleben der psychosozialen Belastungen thematisieren auch Kollmann und Kruse (vgl. Kapitel 3.3.). Demnach sind Mütter „offensichtlicher“ ver-

zweifelt und erschüttert, während Väter beispielsweise durch aktives Handeln im Krankheitsprozess und durch langfristiges Planen der Zukunft ihrer Verzweiflung und Angst Ausdruck verleihen. Diese Differenzen im Erleben und Umgang können nach Hertl auf die Partnerschaft der Eltern jedoch immense Auswirkungen haben, bis hin zu Ehescheidungen (vgl. ebd.).

Jetzt im Nachhinein sieht Herr Albrecht, dass es für die elterliche Beziehung eine harte Belastung war und immer noch ist und er wünschte sich, dass ihn bereits am Anfang jemand darauf aufmerksam gemacht hätte. „Ich hätte das nicht für möglich gehalten, dass durch diese unterschiedliche Angstverarbeitung man sich so [...] ineinander verkeilt“, hält er fest (Z. 666 f.). Hätte ihn jemand darauf aufmerksam gemacht, dass seine Frau die Angst anders verarbeitet als er, hätte er sicherlich manchmal anders reagiert, sagt er. Dann wäre ihm vermutlich eher bewusst geworden: „Heu, hier verarbeitet ja jemand eine Angst anders wie du. Und jetzt ruder doch mal schnell zurück, versetze dich in die Lage und jetzt bleibe nicht auf deinem Standpunkt, (...) und jetzt sei so fair, dass du erkennst, der andere arbeitet mit der Angst anders, fahr zurück, sei kompromissbereiter“ (Z. 712 ff.). Er erzählt, dass schließlich auch er gemerkt hat, dass es so nicht weiter geht und bezeichnet die gemeinsame Familienkur als den „Retter für die Psyche“ (Z. 543). Seitdem geht es wieder besser, resümiert Herr Albrecht, auch wenn es wohl noch ein bisschen dauert, die „Partnerschaft (...) wieder richtig in die Festigung (zu) kriegen“ (Z. 1589 f.).

Herr Albrecht erzählt in diesem Zusammenhang auch davon, gehört zu haben, dass sich etwa 50 Prozent der Eltern „nach so einer Geschichte“ trennen (Z. 671 f.). Er äußert, dass er dies nicht verstehen kann: „Wenn es dem Kind gut geht, die Therapie hat funktioniert, wieso komme ich nicht nach Hause zu zweit, zu dritt, setze mich hier unten hin, feiere, mache eine Torte hin, super Musik, bin glücklich? (...) Warum trägt mich denn das Glück nicht die nächsten Monate und Wochen? Warum muss ich mich hier streiten?“ (Z. 675 ff.). „Warum kann ich jetzt nicht mit guten Gedanken, mit Glücksgefühlen aufwarten und jetzt das nächste Jahr begleiten?“ (Z. 693 ff.), fragt sich Herr Albrecht. Letztlich beantwortet er sich diese Fragen selbst mit der unterschiedlichen Angstverarbeitung der Eltern, wie er sie selbst sehr massiv erlebt hat. Auch Herr Schulze spricht

an, dass viele Paare an der Krebserkrankung ihres Kindes scheitern, weil „viele, viele Paare überfordert sind damit“ (Z. 303 f.). Den Grund sieht er in der „Problematik, dass es eben nicht mehr um das Miteinander geht, sondern um das Kind“ (Z. 301 ff.). Ebenso berichtet Herr Berger, von vielen anderen Eltern zu wissen, „dass es Trennungspaare gibt, die sogar teilweise sich innerhalb der Behandlung getrennt haben“ (Z. 549 f.). Wie bereits in Kapitel 3.1. angesprochen, lassen sich diese hohen Zahlen offiziell nicht bestätigen. Im Gegensatz spricht Lamri-Zeggar davon, dass sich Eltern durch die Krebserkrankung ihres Kindes nicht häufiger scheiden lassen als Eltern, welche nicht mit einem solch kritischen Lebensereignis konfrontiert sind. Dies ließe wiederum die Annahme zu, dass sich die aus der Krebserkrankung resultierenden „Verluste“ und „Probleme“ in der Partnerschaft der Eltern in den meisten Fällen wieder relativieren und am Ende die Erkenntnis steht, „es gemeinsam geschafft zu haben“.

7.4.4. Wenn der Wahnsinn zum Alltag wird – Das Erleben der kideronkologischen Station

Als weiterer zentraler „Moment des Erlebens“ während der Krebserkrankung des Kindes wird von Herrn Schulze und Herrn Fischer der Klinikalltag auf der kideronkologischen Station thematisiert. Beide Väter berichten dabei von einem „Familienleben“ in der Klinik. Während Herr Fischer damit in seinen Erzählungen nur positive Erinnerungen assoziiert und es als „wunderbar“ (Z. 209) beschreibt, dass er so viel Zeit mit seinem zweiten Sohn bei seiner Frau und dem erkrankten Kind auf der Station verbringen konnte, äußert Herr Schulze ambivalente Gefühle im Erleben des Klinikalltags. So haben er und seine Familie eineinhalb Jahre lang einen großen Teil ihrer Zeit in der Klinik verbracht, während sie sich seit insgesamt drei Jahren in Behandlung befinden, erzählt Herr Schulze. Aufgrund der sehr offenen Struktur auf der kideronkologischen Station, beispielsweise durch die Elternküche und die Übernachtungsmöglichkeit für Eltern mit Kleinkindern, haben sie ihr Familienleben in der Klinik gelebt, berichtet der Vater. „Im Grunde haben wir da unsere Zelte aufgeschlagen“, verdeutlicht er (Z. 395 f.). Herr Schulze bezeichnet sich und seine Familie als „Stammpersonal“ (Z. 603), wodurch vor allem mit den Schwestern, Pflegern und ÄrztInnen kontinuierlich Kontakte gepflegt werden. „Wenn man da so viel Zeit zubringt, kennt man natürlich alle und quatscht und

lernt sich kennen“ (Z. 407 ff.), erzählt er. Dabei stehen nicht nur medizinische Dinge im Mittelpunkt. Auch über Privates wird geredet, „weil es eben so familiär ist“ (Z. 414).

Dennoch betont er, dass er das Leben in der Klinik nicht nur positiv erlebt, sondern vielmehr als eine „ständige Gratwanderung zwischen, ja, ich will hier eigentlich nicht sein, aber andererseits bin ich hier zu Hause fast schon“ (Z. 414 ff.). Er beschreibt dies als „eine Mischung aus, ja, innerer Wunsch, dort weg zu kommen und Arrangement mit der Tatsache, dass man hier Leidensgenossen hat, mit denen man eben natürlich sich auch austauscht“ (Z. 417 ff.). Die kideronkologische Station ist für Herrn Schulze eine „kleine Welt“ (Z. 459). Klingt diese Beschreibung eher nett, so wendet sich dies, als er begleitet von einem lauten Lachen die Station als „Abteilung Grusel und Grauen“ bezeichnet (Z. 459 f.). Gleichzeitig sagt er, dass man sich „unheimlich schnell an den Anblick von glatzköpfigen Kindern und beinamputierten Kindern und all diesen Dingen“ gewöhnt und der Wahnsinn ganz schnell zum Alltag wird (Z. 461 ff.).

In diesen Erzählungen werden erneut Formen der Bewältigung ersichtlich, wie sie bereits schon einmal zum Ausdruck kamen und welchen vermutlich im Umgang mit der Krebserkrankung eine enorme Bedeutung zukommt: die (zwangsläufige) Anpassung an die Gegebenheiten und eine damit einhergehende positive Deutung der Situation (vgl. Lehr & Thomae 1991, S. 168 ff.). Notwendig wird diese „Anpassung an die institutionellen Aspekte der Situation“, wenn bestimmte Komponenten des Krisenereignisses nicht zu verändern sind und damit zur Bewältigung der Situation die Anerkennung und Auseinandersetzung mit dieser Unveränderbarkeit unabdingbar wird (vgl. Kapitel 5.5.1.). Vor allem bei Herrn Schulze wird die Anpassung an den „Wahnsinn“ auf der kideronkologischen Station sehr deutlich. Ebenfalls auffällig ist sein Hervorheben positiver Aspekte: „bin (...) hier zu Hause fast schon“ (Z. 414 ff.), „man quatscht und lernt sich kennen“ (Z. 408), „weil es eben so familiär ist“ (Z. 414), sodass negative Erfahrungen im Klinikalltag zunächst in den Hintergrund rücken. Erst am Ende seiner Erzählung wird auch ein anderes Erleben ersichtlich, indem er die Station als „Abteilung Grusel und Grauen bezeichnet“ (Z. 459 f.). Diese Form des Umgangs ist nach Lehr und Thomae typisch für einen Bewältigungsprozess, da aufgrund des Akzentuierens der „schönen Seiten“ die negativen Momente an Gewicht verlieren (vgl. ebd., S. 179). So

scheint insbesondere Herrn Schulze und auch Herrn Fischer das Aushalten des „Wahnsinns“ auf der kideronkologischen Station durch die Anpassung und die zusätzliche positive Deutung möglich zu werden.

7.4.5. Der Blick in die Zukunft – eine klare Ungewissheit

Verschiedene Autoren betonen immer wieder, dass die Krebserkrankung des Kindes und ebenso die darauffolgende Zeit mit einer kaum erträglichen Ungewissheit verbunden ist, welche auch Zukunftspläne unsicher werden lässt (vgl. Bode 2007, S. 103/Haas et al. 2003, S. 91). Auch Petermann et al. greifen die „Zukunftsperspektiven der Eltern“ als eigenen Belastungsbereich auf (1997, S. 68 f.).

Diese Ungewissheit sprechen auch zwei der Väter der vorliegenden Forschungsarbeit an. Dabei wird deutlich, dass sich allein bei Herrn Fischer die Ungewissheit durch den Tod seines Kindes in Gewissheit gewandelt hat („man hat jetzt Gewissheit“ [Z. 564]), was er, wie bereits erkennbar war, als erleichternd und positiv erlebt.

Im Gegensatz dazu sehen sich Herr Berger und Herr Schulze direkt mit einer Ungewissheit konfrontiert, welche sich sowohl auf die Zukunft des Kindes als auch auf die eigene Lebensplanung bezieht. Zudem äußern die Väter, dass sie kaum Vorstellungen darüber haben, wie sich die Situation langfristig auch auf ihre eigene Person auswirkt. So blicken beide Väter einer ungewissen Zukunft entgegen.

7.4.5.1. Die Zukunft der Kinder

Herr Berger spricht davon, dass bei seiner Tochter bald der Zeitpunkt kommen könnte, „ab dem sich dann alles normalisiert, aber das haben wir auch schon [...] also mindestens einmal in diesem Jahr gesagt“, relativiert er (Z. 100 ff.). Der Vater erzählt, dass es theoretisch auch „auf ewig eine Dauerbelastung werden (könnte)“ (Z. 107 f.), sodass er „damit rechnen (muss), dass es so weiter geht“ (Z. 102). Zudem gibt es „zwischen Tod und völliger Gesundheit jede Menge Zwischenstufen (...) mit denen (...) man frühzeitig rechnen (muss)“, sagt Herr Berger (Z. 109 ff.). So steht für ihn hinter der Frage „was

mit Anna selber das Ganze macht“ ein „großes Fragezeichen“ (Z. 734 f.). Herr Berger erwähnt auch die Möglichkeit, dass Anna stirbt. Vorstellungen darüber, was dann passiert, hat er jedoch kaum: „dann tanzen wir hier alle Ringelreihen (Z. 947 f.)“, „dann weiß keiner so genau was ist“, sagt der Vater (Z. 926 f.). Vor allem die Folgeerkrankung von Anna hat Herrn Berger, was die Zukunft betrifft, „noch vorsichtiger gemacht“ (Z. 1118 f.). So hat er beispielsweise „nicht damit gerechnet, dass (sie) immer noch in D-Stadt sitzen“ (Z. 605 f.). Herr Berger hatte nach der Ersterkrankung eine „richtig große Familienparty“ geplant, die er „dann ganz schnell widerrufen und rückgängig machen (musste)“ (Z. 1122 ff.). Das war für ihn ein „Rückschlag“ (Z. 1125), der ihn dazu bringt, „so bald keine Party ein(zu)berufen“ (Z. 1124). „Das ist mir echt zu heiß“, äußert er (Z. 1124 f.). Gleichzeitig erzählt er, dass es ihn ärgert, sich „in so vielen Dingen dann so einschnüren (zu lassen)“ (Z. 1127). Die unsichere Zukunft veranlasst Herrn Berger zudem dazu, Unterstützung zu suchen, „die auf langfristige Hilfen auch abzielt“ (Z. 115 f.).

Auch Herr Schulze hat keine Vorstellungen darüber, wie sich die Zukunft seiner Tochter gestaltet („nichts ist mehr, wie es war, und man weiß auch nicht, was wird“ [Z. 68 f.]). Das einzig Klare an der Situation ist die Ungewissheit. So formuliert er „ziemlich klare Optionen, wie scheiße es laufen könnte“ (Z. 872 f.), und spricht von dem „klaren Bewusstsein eines sehr ungewissen Ausgangs“ (Z. 868 f.). Es besteht sowohl die Möglichkeit, „dass der Tumor losmarschiert“, gleichzeitig kann es sein „dass (er) ruht, bis sie achtzig ist“ (Z. 875 f.). Beide Varianten gibt es in jeder Häufigkeit, sagt Herr Schulze, sodass sich dies jeden Tag neu entscheiden kann. Schon oft hatten sie „Angst, dass es (...) ihr jetzt so schlecht geht, dass es nicht mehr weiter geht“, erzählt er (Z. 124 f.). Mit Aussagen wie: „man weiß ja nie, was morgen kommt“ (Z. 871 f.), „wir wissen einfach nicht, wie lange sie lebt“ (Z. 873), oder auch: „mal sehen, wie es weiter geht“ (Z. 802 f.), verdeutlicht er die Ungewissheit in Sonjas Zukunft. Der Vater berichtet, dass sie von den Ärzten mit einer Überlebenswahrscheinlichkeit von siebzig bis achtzig Prozent beruhigt werden, was die Zehn-Jahres-Prognose angeht (Z. 880 f.), auch wenn Herr Schulze mit den „bekloppten Zahlen“ nicht viel anfangen kann (Z. 880 ff.). „Es heißt für uns, sie lebt und sie wird es auch erstmal noch eine Zeit lang tun“, betont er in diesem Zusammenhang (Z. 883 f.). Aber auch wenn Sonja überlebt, ist sich Herr

Schulze bewusst, dass die Krebserkrankung sein Leben immer begleiten wird, da der Tumor „nicht behandelbar im Sinne von entfernbar“ ist (Z. 192 f.). Er sagt noch einmal, dass sie nun bereits Jahre in Behandlung sind und er Eltern kennt, „bei denen geht das viel länger schon so“ (Z. 286 f.). In einer E-Mail, welche Herr Schulze der Interviewerin nach dem erneut schlechten MRT-Ergebnis sendete, sagt er: „Wenn man nicht weiß, wo’s hinght, ist der Weg auch egal“.

7.4.5.2. Die Zukunft der Väter

Mit der unsicheren Zukunft des erkrankten Kindes geht logischerweise auch eine Ungewissheit über die Zukunft der Väter einher. So erzählt Herr Schulze, dass sich durch die Krebserkrankung seiner Tochter auch die eigene Lebensplanung komplett verändert hat, wodurch die ursprünglich voller Pläne steckende Zukunft nun von Ungewissheit geprägt ist. Es wurde ein „totaler Kurswechsel“ nötig, sagt der Vater (Z. 147). Die erforderliche Planänderung oder auch „Change of Plans“, wie Herr Schulze sagt, ist „radikal“ (Z. 147 f.). So plante die Familie beispielsweise ursprünglich nach der Geburt von Sonja ins Ausland zu fahren. Dieser Plan wurde durch die Krebserkrankung jedoch hinfällig. Ebenso beabsichtigte seine Frau, nach der Reise ihre Abschlussarbeit fertigzustellen und dann wieder anzufangen zu arbeiten, was jedoch auch nicht zu realisieren war. „Das war so unser optimaler Plan“, sagt Herr Schulze (Z. 152). Auch die nach der Krebserkrankung aufgestellten Pläne gehen nicht immer auf und so muss seine Frau ihr Vorhaben, in der nächsten Zeit nach über zwei Jahren wieder arbeiten zu gehen, erneut verschieben, da Sonja noch nicht wie geplant zu einer Tagesmutter gehen kann. Herr Schulze erzählt außerdem, dass er und seine Frau eigentlich gern weitere Kinder gehabt hätten, „das war so der Plan theoretisch“, sagt er (Z. 381 f.). Da Sonja aber „alle Energie abzieht“, wären weitere Kinder in der nächsten Zeit zu viel (Z. 373 ff.). Außerdem „brauchen wir erstmal wieder Zeit und ein bisschen Luft für uns“, sagt Herr Schulze, wenn er an die Zukunft denkt (Z. 378 f.). Über die radikal geänderte und ungewisse Lebensplanung resümiert Herr Schulze resigniert: „C’est la vie. Pläne scheitern.“ (Z. 383).

Doch nicht nur bei seiner Tochter und seiner Lebensplanung kommt die Ungewissheit zum Ausdruck, auch über langfristige Auswirkungen auf seine eigene Person ist sich Herr Schulze unsicher. So gibt er an, selbst darüber nachzudenken, „welchen Sinn das eigene Leben noch hat“ (Z. 126 f.), je nachdem, welche Prognosen bei Sonja zutreffen werden. Die Frage nach dem „was mach ich, wenn ...?“ (Z. 128 f.), lässt Herr Schulze offen im Raum stehen.

Auch Herr Berger macht hinsichtlich seiner eigenen Zukunft seine Ungewissheit deutlich. Er spricht davon, sich „nicht festlegen (zu wollen), wie lange (er) das tatsächlich noch aus(hält)“ (Z. 95 f.). Sein Bestreben ist es, „nicht bis an die Schmerzgrenze (zu) kommen“ (Z. 97). Herr Berger versucht dies zu erreichen, indem er sich so auf die Situation einstellt, dass er nicht auf den „rettenden Endpunkt“ der Ausnahmesituation oder auf ein spezielles Datum fixiert ist (vgl. Z. 103 ff./Z. 113 f.). Der Vater bezeichnet dies als eine „vernünftige Perspektive“ (Z. 112 f.), damit er das „wirklich dauerhaft aus(hält)“ (Z. 106). So ist er bestrebt, nicht langfristig zu planen, sondern sich „von Tag zu Tag, von Woche zu Woche“ einzurichten (Z. 105 f.). Dennoch schließt er nicht aus, dass er „zu einem (...) noch nicht feststehenden Zeitpunkt (...) völlig zusammen(bricht)“ (Z. 122 f.) und „all das, was (er) bisher weggedrängt (hat), zum Ausbruch kommt“ (Z. 123 f.). „Das könnte sein, das muss aber nicht“ (Z. 124), verdeutlicht Herr Berger die Ungewissheit. Auch wenn er sich zurzeit stabil fühlt, ist er nicht sicher, ob er „vielleicht (...) noch ganz andere Phasen durch(macht)“ (Z. 840 f.).

Durch diese mit der Krebserkrankung verbundene permanente Unsicherheit kommt es bei Herrn Berger „gelegentlich“ (Z. 974) vor, dass er „wütend auf das kranke Kind (ist)“ (Z. 969), erzählt er. So denkt der Vater manchmal daran, dass sie vielleicht jetzt „viel, viel normaler und fröhlicher leben (würden)“, „wenn Anna vor drei Jahren gestorben wäre“ (Z. 970 f.). Er sagt: „es könnte sein, wenn sie doch noch stirbt, dass wir uns fürchterlich ärgern, dass wir uns das vier Jahre dann angetan haben und es ist nix bei rausgekommen“ (Z. 971 ff.). Herr Berger betont jedoch, dass ihm diese Gedanken „nicht so oft“, sondern nur „gelegentlich“ aufkommen (Z. 974).

Auch hier werden unterschiedliche Formen der Bewältigung der permanenten Ungewissheit ersichtlich. Beide Väter zeigen erneut ein Anpassungsverhalten an die nicht zu verändernden Lebensumstände, wie es von Lehr und Thomae beschrieben wird (vgl. Kapitel 5.5.1.). Bei Herrn Schulze äußert sich dies in der resignierten Hinnahme, dass Pläne eben scheitern und man nichts dagegen tun kann, was wiederum mit dem (zwangsläufigen) Akzeptieren der Situation einhergeht. Herr Berger versucht, sich so anzupassen, dass er nicht ständig auf den „rettenden Endpunkt“ hofft, damit er nicht zusammenbricht, falls dieser doch nicht wie geplant eintritt. Ein weiteres positives Element des Bewältigungsprozesses stellt für Herrn Berger das Bestreben dar, soziale Unterstützungsleistungen aufgrund der ungewissen Zukunft bewusst langfristig anzulegen. Auch das Gefühl der Wut, welches den Vater zeitweise aufgrund der permanenten Ungewissheit und der damit einhergehenden Einschränkungen überkommt, ist nach Lehr und Thomae eine förderliche Reaktionsform im Bewältigungsprozess, sofern sie so geäußert wird, dass sie nicht noch weitere Probleme hervorruft (vgl. Kapitel 5.5.2.). Das Ausleben etwaiger Gefühle kann eine sehr entlastende und lindernde Wirkung in Zeiten von Unzufriedenheit haben (vgl. Lehr & Thomae 1991, S. 201 ff.).

7.4.6. Intensivierung versus Radikalisierung – Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Lebens- und Wertkonzepte der Väter

Sowohl Herr Berger als auch Herr Fischer berichten von sehr positiven Erfahrungen, die sie aus der Krebserkrankung ihres Kindes ziehen können. Auch Herr Schulze beschreibt Ähnliches, hebt dabei jedoch auch einen negativen Aspekt hervor.

Herr Berger betrachtet die Zeit der Krebserkrankung von Anna als eine „affirmative“ und „konservierende“ Phase (Z. 932) mit einem „bestärkenden, vertiefenden Charakter“ (Z. 925). Er gibt an, dass ihm seit der Erkrankung seiner Tochter „viele noch klarer ist“ (Z. 964) und er das, „was da ist“ und „was er hat“, stärker profiliert, als vor der Erkrankung (Z. 965 f.). So vergewissert er sich „umso mehr dessen (...), was man mit Sicherheit behalten wird und was einem wichtig ist“, „sowohl von den Personen her, als auch von dem (...), wie man die Dinge betrachtet“ (Z. 961 ff.), sagt er.

Auch Herr Fischer erzählt, dass er seit der Erkrankung seines Sohnes viel „intensiver“ und „bewusster lebt“ und „versucht, das möglich zu machen, was man sich vom Leben erhofft“ (Z. 1176 f.). Die Erkrankung ermöglichte es ihm, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden, sagt er und verdeutlicht: „Zum Beispiel hat halt die Schwiegermutter erzählt, dass die Nachbarin mit der Kittelschürze rumgerannt ist und dass da ein Knopf gefehlt hat und da haben wir halt echt gesagt: ‚Das geht uns glatt am Arsch vorbei. Es interessiert uns nicht. Es sind andere Dinge wichtiger‘“ (Z. 528 ff.). Herr Fischer gibt an, sich nicht mehr so viele Gedanken darüber zu machen, was andere über ihn denken. Er nimmt sich nicht mehr so viel zu Herzen, sagt er. Durch den Tod seines Sohnes wurde ihm bewusst, „wie schnell das eigentlich vorbei sein kann, das schöne Leben“, sodass er nun ganz anders darüber denkt (Z. 1185 f.).

Herr Schulze beschreibt, dass sich für ihn seit der Erkrankung seiner Tochter vor allem geändert hat, „was welchen Stellenwert hat“ und „wer welchen Stellenwert hat“ (Z. 92). Als positiv hebt er dabei hervor, dass er sich jetzt nicht mehr so viele sinnlose Gedanken macht. Worüber er früher nachgedacht hat und was ihm wichtig war, „das hat sich sehr verschoben“, sagt er (Z. 903 f.). Er hat nun das Gefühl, dass er viel besser weiß, worauf es ankommt. So sagt er: „Ich weiß **ganz** genau, was ich will und was ich nicht will und was mir wichtig ist und mit wem ich mich unterhalte, für wen ich Zeit aufwende oder für was ich mich engagiere“ (Z. 909 ff.). Durch die Erfahrung Krebserkrankung hat das Leben von Herrn Schulze eine andere Qualität und sehr viel Klarheit bekommen. Er beschreibt: „ich merke viel intensiver, dass ich lebe und wofür ich lebe“ (Z. 905 f.). Gleichzeitig bemängelt er jedoch, dass er „da gar nicht mehr rauskommt aus dieser Ernsthaftigkeit“ und „dass es so zum Dauerzustand wird“ (Z. 914 f.). So gibt er an, nicht mehr locker sein zu können oder Dinge leicht zu nehmen, sondern „immer sofort rigoros aussortiert, brauch ich das oder brauch ich das nicht“ (Z. 917 f.). „Man wird grob, man wird rigoros“, sagt Herr Schulze und beschreibt dies als „unnormal“ und „belastend“ (Z. 915 f.). Auch für andere ist diese Radikalisierung des Lebens, wie er es nennt, schwer zu ertragen, „weil man sich nichts Überflüssiges mehr leistet“ (Z. 921 f.). Es verändert sich beispielsweise total, „was man von anderen Leuten so hören kann oder mit wem man überhaupt noch reden kann“ (Z. 205 f.). Herr Schulze erzählt von Menschen, „denen man ihren Smalltalk einfach nicht mehr gibt“ (Z. 922 f.). Er berichtet

von anderen Eltern, welche sich ständig über die Erkältung ihres Kindes beklagt haben, bis Herr Schulze ihnen „mit boshafter Freude“ sagte: „Ja, uns geht’s schon ganz gut. Der Tumor ist in den letzten Monaten nicht gewachsen“ (Z. 540 ff.). Seit der Erkrankung seiner Tochter erträgt er „keine Jammerei und keine Quängelei mehr bei anderen Leuten“ (Z. 536 f.), erzählt er und muss dabei feststellen, wie „taktlos“ er teilweise ist (Z. 520). Als ein Bekannter sich ein Bein gebrochen hatte und dessen Frau deshalb besorgt war, bemerkte Herr Schulze, wie er „mit einem Grinsen über so ein paar Knochenbrüche, also geradezu hinweggeh(t)“ (Z. 527 ff.). „Ich denke so, ja und? Kleinkram. Ist doch so egal“, sagt er (Z. 532 f.). So erlebt er diese Veränderungen bei sich als sehr ambivalent. Er äußert einerseits, dass diese „Erfahrung von Krise“ (Z. 912 f.) „auch was (hat)“ (Z. 900) und dass er sich mit dieser Klarheit eigentlich auch besser fühlt. Gleichzeitig „hätte ich auch drauf verzichten können“, dass sich alles so wahnsinnig relativiert und radikalisiert, hält Herr Schulze fest (Z. 924).

Durch die Krebserkrankung des Kindes entsteht für eine Familie nach Burr und Klein ein so immenses Stresslevel, dass die bisherigen Lebens- und Wertkonzepte meist einer radikalen Änderung unterliegen (vgl. Kapitel 5.2.1.). Damit einher geht eine Umgewichtung grundlegender Werte und Lebensanschauungen. Nach Burr und Klein ist der intensivere Genuss bestimmter Lebensbereiche, wie er bei den Vätern deutlich wird, eine Form der Bewältigung. In Anlehnung an Lehr und Thomae kommen auch an dieser Stelle wieder die positive Deutung bzw. das Hervorheben positiver Aspekte zum Ausdruck, da auch hier die „Gewinne“ einer solchen Situation in den Vordergrund gestellt werden. (vgl. Kapitel 5.5.1.).

Nach Schuchardt stellen diese Veränderungen keine Formen der Bewältigung dar, sondern sind vielmehr Folgen der Erfahrung von Krise zu betrachten. Aus der Erforschung von über 2000 Lebensgeschichten erschloss sich ihr die Erkenntnis, dass „Lebenskrisen“ immer auch „Lebenschancen“ sind und darin immer auch ein „verborgener Reichtum steckt“ (vgl. ebd. 2010, S. 1). Dieser Reichtum äußert sich bei den Vätern beispielsweise in einer intensiveren und bewussteren Lebensführung, der Fähigkeit, viel stärker als vorher das zu schätzen, was man hat, und gleichzeitig Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden. Herr Schulze fasst dies zusammen, indem er äußert, sein

Leben habe nun eine andere Qualität und viel mehr Klarheit (vgl. Z. 905 f.). Nach Schuchardt ist es durch eine erfolgreiche Bewältigung der einzelnen Phasen der Krisenverarbeitung (vgl. Kapitel 5.1.) Menschen möglich, auch aus einer Krise Glück und Zufriedenheit zu ziehen und diese Erfahrungen weiterzugeben (vgl. ebd. 2010, S. 1). Wenn die Veränderungen jedoch das Maß übersteigen, wie es Herr Schulze beschreibt, rücken die positiven Effekte in den Hintergrund. Die Intensivierung kann dabei in eine als unangenehm wahrgenommene Relativierung und Radikalisierung übergehen. Dieser Aspekt wird von Schuchardt nicht aufgegriffen.

7.5. Von A wie Akzeptanz bis Z wie Zuversicht – Situationsspezifische Ressourcen der Väter als individuelle Formen der Bewältigung

Im Umgang mit der Krebserkrankung werden bei den Vätern teilweise ähnliche, aber auch sehr individuelle Formen der Bewältigung ersichtlich. Diese werden im Folgenden vorgestellt.

Hoffnung und Glaube

Der Aspekt des Hoffens und Glaubens im Zusammenhang mit der Krebserkrankung des Kindes kommt bei allen vier Vätern zum Ausdruck.

Bei Herrn Albrecht äußert sich dies in dem „Optimismus“, dass der „willensstarke Kampf“ der Familie siegen wird (E-Mail). Bei Herrn Berger ist besonders auffällig, dass er trotz der schwierigen Situation, in der sich seine Tochter durch die Erst- und Zweiterkrankung befindet, immer wieder auch positive Aspekte hervorhebt. Er gibt selbst an, einen „recht positiven und konstruktiven Blick auf die Dinge (zu) haben“ (Z. 643 f.). So erzählt der Vater von der Hoffnung, dass sich seine Tochter stabilisieren wird und er sie bald wieder mit nach Hause nehmen kann. Weiterhin berichtet er, dass es zwar Tumorreste bei Anna gibt, die aber vollständig inaktiv sind und auch die „Leuchtpunkte beim (...) MIBG³, (...) die leuchten auch immer noch, aber die verän-

³ Die MIBG-Szintigraphie ist ein nuklearmedizinisches Untersuchungsverfahren zur Feststellung und Lokalisierung verschiedener Tumoren/Metastasen

dem sich nicht“ (Z. 1108 f.). Herr Berger berichtet zudem, dass die Krebsform von Anna auch dazu neigt, sich zu verändern und gutartig zu werden, sodass er auch diese Hoffnung noch in sich trägt. Einen weiteren positiven Aspekt sieht er darin, dass „Anna nicht die alleraggressivste Genvariante“ hat (Z. 1115), was „die Rückfallwahrscheinlichkeit ein bisschen reduzieren“ mag (Z. 1116 f.). Aufgrund dieser Tatsachen erzählt der Vater, dass er „von einem guten Ende (ausgeht)“ (Z. 927 f.), denn „insofern ist das alles nicht **so** schlimm“ (Z. 1112 f.). „Eigentlich müsste man sehr zufrieden sein“, resümiert er (Z. 1103). In dieser Schilderung kommt der Aspekt des Akzentuierens der positiven Aspekte (vgl. Kapitel 5.5.1.), wie er bereits mehrfach beschrieben wurde, ebenfalls wieder sehr stark zum Ausdruck.

Auch Herr Schulze spricht davon, die Hoffnung in sich zu tragen, dass sich so „langsam, langsam“ alles normalisiert (Z. 785 f.). Seine subjektive Wahrnehmung sagt ihm, dass sich seine Tochter unheimlich gut entwickelt hat, dass sie derzeit total munter ist und sie ihm als ein „blitzgescheites und fröhliches Kind“ begegnet (Z. 884 f.). So haben seine Frau und er die „vage Hoffnung“, dass das Kontroll-MRT den subjektiv erlebten Zustand von Sonja bestätigt und ihr gesundheitlicher Zustand stabil ist. An die Vorstellung, dass sie dadurch „eine gewisse Zeit der Entspannung“ vor sich hätten, klammern sie sich fest, erzählt Herr Schulze (Z. 197 ff.). Er äußert außerdem die Hoffnung, dass sie „irgendwann mal wieder (ihr) altes Leben wieder kriegen“ (Z. 796 f.).

Die Hoffnung, dass Lukas wieder gesund wird, hat auch Herr Fischer während der langen Zeit der Erkrankung seines Sohnes nie aufgegeben. „Das wird wieder, das wird wieder, das wird wieder“ (Z. 100 f.), machte er sich und seiner Frau während der langen Zeit Mut. Auch Lukas hat den Eltern „immer wieder Mut gemacht (...), nicht aufzugeben“, schildert er (Z. 1033). Obwohl Lukas mehrere Rückfälle erlitt, so sah es dennoch bis nach der Knochenmarktransplantation „immer gut aus“ (Z. 1169), berichtet Herr Fischer und es gab „immer irgendwo eine gewisse Chance an Heilung“ (Z. 1266 f.), sodass er bis zum Zeitpunkt des dritten Rezidivs fest daran glaubte, dass Lukas überlebt. Nachdem Lukas verstorben war, wandelten sich die Hoffnung und der Glaube an Heilung hin zu der Überzeugung, dass sie sich irgendwann wiedersehen. „Das ist der Trost“ (Z. 226 f.), sagt Herr Fischer und erklärt, dass er dazu auch nicht in die Kirche gehen

muss. „Das ist einfach der innere Glaube“, beschreibt er (Z. 228). Er distanziert sich dabei bewusst von dem christlichen Glauben und hebt hervor, dass er „bei sowas (...) kein Christ sein (möchte)“ (Z. 881). „Wenn es einen lieben Gott geben würde, würde er Kindern nicht so viel Leid zufügen“, erklärt er (Z. 876 f.). Herr Fischer definiert seinen Glauben an ein Wiedersehen mit seinem Sohn eher als einen „lockeren menschlichen Glauben“ (Z. 880 f.). Die Freude, Lukas wiederzusehen, „hilft einem weiter“, resümiert er, „egal wie lang das dauert“ (Z. 566).

Nach Kübler-Ross, welche ähnlich wie auch Schuchardt den Bewältigungsprozess kritischer Lebensereignisse in verschiedene Phasen einteilt, ist die *Hoffnung* meist in jeder Phase vorhanden (vgl. ebd. 2009, S.163). Sie definiert dies als „das Gefühl, das schließlich alles einen Sinn haben muss“ und „dass es sich bezahlt macht“, wenn man weiter durchhält (ebd., S. 164). Die Hoffnung ist eine Form der Bewältigung, welche es ermöglicht, durchzuhalten, bei Verstand zu bleiben und nicht ganz von der Krise überwältigt zu werden (vgl. ebd.). Nach Lehr und Thomae stellt die Hoffnung als „innige Verbindung zwischen Wunsch und Erwartung“ ein Teil des psychischen Verarbeitungsprozesses dar und auch Lazarus betrachtet diese Reaktionsform als sehr hilfreich in Situationen, in denen man selbst nicht die Möglichkeiten hat, die gewünschte Veränderung zu bewirken (vgl. Kapitel 5.5.2.). Da den Vätern bei der Krebserkrankung ihres Kindes die Hände gebunden sind und sie kaum/keinen Einfluss auf die Entwicklung der Krankheit haben, ist es nachvollziehbar, dass alle Väter diesen Aspekt aufgreifen und die Hoffnung in sich tragen. Selbst Herr Fischer, bei welchem die Hoffnung auf Heilung des Kindes nicht erfüllt wurde, konnte nach dem Tod wieder neue Hoffnung schöpfen, sodass ihm diese Ressource auch bei der Bewältigung des Todes zur Seite steht.

Vertrauen in die Arbeit der Ärzte/Ärztinnen

Menschen, die den Vätern durch ihre Kompetenzen Vertrauen vermitteln und Raum zu berechtigter, aber auch unrealistischer Hoffnung geben, wie Kübler-Ross (2009, S. 164) sagt, sind Ärzte und Ärztinnen. In den Interviews wurde dieses Vertrauen in die Arbeit der Ärzte/Ärztinnen der kideronkologischen Station insbesondere von drei Vätern hervorgehoben und geschätzt.

Herr Albrecht betont beispielsweise deren medizinische Kompetenz und Fähigkeiten, sodass er der medizinischen Seite der Betreuung die „Note eins“ gibt (Z. 1623). „Also die medizinische Betreuung grundsätzlich, das Wissen über die Krankheit, das Forschen, (...) die Erklärung über die Daten vom Fachpersonal (...)“, empfand Herr Albrecht als sehr gut (Z. 1619 ff.). Er gibt an, sich in guten Händen gewusst zu haben.

Auch Herrn Bergers Vertrauen in das medizinische Personal wird deutlich in seiner Äußerung: „Alles tun, was die Ärzte sagen“ (Z. 510). Er erzählt, dass er sich auch nicht weiter mit medizinischen Fragen beschäftigt, weil es „überhaupt keinen Zweck (hat), den Ärzten Konkurrenz zu machen“ (Z. 589 f.). Diese wissen das „zehnmal, hundertmal besser“ (Z. 597 f.) als er, sodass Herr Berger den Ärzten vertraut und ihnen diesen Bereich überlässt.

Herr Fischer spricht besonders von einer bestimmten Ärztin der kideronkologischen Station in B-Stadt sehr positiv. In sie hatte er während der gesamten Erkrankungszeit vollstes Vertrauen. Er beschreibt sie nicht nur als Ärztin, welche man alles über die Erkrankung fragen kann, sondern sieht sie auch als Psychologin und als eine „Ersatzmutter“ (Z. 857) für die Eltern. Seine hohe Wertschätzung ihr gegenüber verdeutlicht er, indem er sie als „Göttin in Weiß“ (Z. 858) bezeichnet.

Dieses „Sichverlassen auf andere“ stellt nach Lehr und Thomae eine Verbindung zwischen praktischen und psychischen Lösungsversuchen dar. Es ermöglicht den Vätern Entlastung, da ein Verantwortungsbereich der Problemlösung bzw. der Linderung der Not abgegeben wird (vgl. Kapitel 5.5.2.).

Werte und Prognosen motivieren und sind wichtig zur Verarbeitung

Zwei Väter erzählen, dass ihnen Zahlen im Umgang mit der Krebserkrankung geholfen haben. So betont Herr Albrecht mehrfach, dass ihm die „Verarbeitung mit den Werten“ sehr wichtig war (Z. 250). Da sich Familie Albrecht im Zusammenhang mit einer Studie für eine bestimmte Therapie entschieden hatte, mussten Bens medizinische Werte von den Eltern immer in einem Buch festgehalten werden. Das empfand Herr Albrecht als

„wunderbar“, weil er so die Werte immer im Blick hatte, erzählt er. Der Vater beobachtete und verfolgte die Werte sehr genau. Sanken sie durch die Chemotherapie wie geplant ab, war er glücklich, denn „nur dann war das Zeug da weggefressen“ (Z. 248 ff.). „Ich wollte die sehen und habe mich dann gefreut“ erzählt er und verdeutlicht: „Ich habe also mit den Werten gelebt“ (Z. 242 f.).

Für Herrn Berger hingegen besitzen durch Ärzte gestellte Prognosen eine große Bedeutung. Er gibt an, dass es ihm „total wichtig“ ist, wenn ein Arzt ihm sagt: „Prognose so und so. So und so viel Prozent“ (Z. 499 f.). Herr Berger fand es beispielsweise „sehr hilfreich“, als ihm nach der Diagnose von Anna eine Überlebenswahrscheinlichkeit von „fast fünfzig Prozent“ mitgeteilt wurde (Z. 1089 f.). Diese Zahl hat ihn „durchaus motiviert“, so Herr Berger (Z. 1090 f.).

Die Werte und Prognosen scheinen für die Väter in diesem Zusammenhang ein Mittel zu sein, welches Hoffnung, Optimismus und Motivation aufrechterhält. Anhand objektiv zu betrachtender Zahlen wird den Vätern etwas „Sichtbares“ geboten, an dem sie sich festhalten können und was für sie im Umgang mit der Situation und im Bewältigungsprozess eine hilfreiche Orientierungsmöglichkeit darstellt.

Wurden soeben situationsspezifische Ressourcen der Väter vorgestellt, welche bei den Vätern gehäuft ersichtlich wurden, so zeigt der folgende Abschnitt Formen der Bewältigung auf, welche sehr individuell sind und unter den Vätern keine Gemeinsamkeiten aufweisen.

Eine sehr spezifische Art und Weise der Verarbeitung wird beispielsweise bei Herrn Albrecht deutlich. Er geht bewusst sehr „aktiv“ und teilweise auch „aggressiv“ mit der Situation um, wie er sagt, und bringt dies in verschiedensten Bereichen zum Ausdruck.

Ressourcen bewusst einfordern und aktiv damit arbeiten

Der Vater betont, dass es ihm sehr wichtig war, seine Verarbeitung der Krebserkrankung bewusst in die eigene Hand zu nehmen und „aktiv hinzukriegen“ (Z. 909 ff.). Er

zählt verschiedenste Dinge auf, die ihm bei der Verarbeitung der Krebserkrankung hilfreich waren. Damit Herr Albrecht die Situation bestmöglich verarbeiten kann, forderte er sich diese Aspekte auch immer wieder ein und arbeitete aktiv damit, wie er berichtet. So sagt er zum Beispiel, dass er sich aktiv Termine mit Freunden machte (Z. 314), aktiv seine Freizeit plante (Z. 909 f.), aktiv mit Ben auf dem Gang in der Klinik Fußball spielte (Z. 395 f.) und sich aktiv ein Therapieziel steckte (Z. 341 f.). Das „aktive Handeln bei der Krankheitsbewältigung“ ist nach Kollmann und Kruse (1990, S. 90) eine sehr typische Form der Bewältigung für Väter.

Aktives Planen und Organisieren, um nicht „in ein Loch zu fallen“

Dieses „Aktiv sein“ äußert sich bei Herrn Albrecht insbesondere darin, dass es für ihn sehr wichtig ist, für alles sofort einen Plan zu haben. Fragen wie: „Wie ist der Plan?“ (Z. 217 f.), „Wie geht der Plan danach weiter?“, „Halten wir den Plan?“ (Z. 342 ff.) sowie „Was kann Schlimmeres passieren?“, „Und wenn noch was Schlimmeres kommt mit Ben, wie kann man dann schon wieder weiterfahren? Und was passiert beim Allerschlimmsten?“ (Z. 218 ff.), begleiteten ihn durch die gesamte Therapiezeit. „Ich kriege meine Gedanken immer erst dann frei, wenn ich Probleme geklärt weiß“ (Z. 48 f.), erzählt Herr Albrecht und erklärt, dass er vor allem durch dieses sofortige Aufstellen von Plänen Probleme abarbeiten kann. Sich „daneben zu setzen und wie viele andere Eltern (...) in ein depressives Loch zu fallen“ (Z. 171 f.), wollte Herr Albrecht unter keinen Umständen, betont er. „Das sollte nicht passieren, also habe ich mich vorbereitet“ (Z. 226 f.), sagt der Vater. Er versuchte sich mit einem Plan bereits auf alle erwägbaren Eventualitäten einzustellen, sodass durch das ständige Organisieren und Planen gleichzeitig gar keine Zeit blieb, in das Loch zu fallen, wie Herr Albrecht erzählt. Ihm ist bewusst, dass man die Psyche „nicht austricksen“ kann, „aber wenn man so aggressiv reingeht in die Psyche und sagt, das wird einem nicht passieren, du kämpfst hier, dann trägst du den Kampf auch ganz anders“, sagt er und vermerkt, dass er letztlich auch nie in das Loch gefallen ist (Z. 175 ff.).

Aktives Setzen und Verfolgen eines Ziels

Zur Verarbeitung der Erkrankung zählte für Herrn Albrecht auch, sich aktiv ein Therapieziel zu stecken. So buchte er einen Monat, nachdem sein Sohn an Leukämie erkrankte, ohne das Wissen seiner Frau ein Reiseziel, wo die ganze Familie seit langem schon einmal Urlaub machen wollte. „Na da konnte ich weder mit Steffi [Ehefrau] darüber reden, da hätte doch keiner einen Nerv dafür, eine Ferienwohnung für nächstes Jahr mit Anzahlung zu buchen“, erzählt er. Dies bestätigt die Aussage Hertls, dass Väter viel weiträumiger und zukunftsbezogener denken als Frauen, welche sich intensiv mit der aktuellen Situation des Kindes auseinandersetzen (vgl. Kapitel 3.3.). Herr Albrecht hat die Anzahlung gemacht und konnte mit dieser Organisation die Krankheit und seine Psyche verarbeiten, wie er sagt. „Ich habe ein Jahr geplant, so eine Hütte, wo wir immer hinfahren wollten, was dann am Ende für die ganze Familie eine super Geschichte wird“ (Z. 1543 ff.). Das war sein Ziel, dort wollte er hin, berichtet er und verdeutlicht: „Wir wollen doch nicht ins Grab als Ziel. Wir wollen dort hin, wieder auf der Piste stehen dort oben“ (Z. 1546 f.). Mit großer Freude erzählt er, dass sie diesen Urlaub schließlich auch gemacht haben. „Es war super“, sagt er (Z. 1567). „Das ist doch ein Verarbeiten der Krankheit. Oder? Das war super. War herrlich“, bringt Herr Albrecht noch einmal die für ihn große Bedeutung des aktiven Steckens eines Therapieziels zum Ausdruck (Z. 1580 f.).

Aktiv Dinge organisieren, welche dem Kind Glück bereiten

Sehr aktiv war Herr Albrecht auch darin, für seinen Sohn „Dinge zu organisieren, die (ihm) Glück bereiten, die (ihn) ablenken“ (Z. 209 f.). Durch diese Ablenkung von Ben war es Herrn Albrecht möglich zu sehen, „wie Ben durch die Krankheit durchgeht“ (Z. 210 f.). „Das hat mich auch so mit getragen“, verdeutlicht er die Wichtigkeit dieses Aspektes (Z. 208 f.) und fügt später hinzu, „dass man mit so einer Euphorie die Kinder auch besser gesund kriegt“ (Z. 746). Aus diesem Grund installierte er bereits am ersten Tag in der Klinik einen DVD-Rekorder, auf dem Ben beispielsweise die Urlaubsfilme der Familie anschauen konnte, was er sehr gerne tat. Damit schuf Herr Albrecht eine Möglichkeit, „wo wieder gute Laune einfach mitgebracht wird“, sagt er (Z. 189). Später

organisierte er noch einen CD-Player und als Geburtstagsgeschenk eine Wii, sodass Ben „sein Programm“ und „seine Ablenkung“ hatte (Z. 201 f.). „Wir haben dort Bowling gespielt, wir haben dort Golf gespielt, der stand im Bett, der hat dort während der Chemo gespielt“ (Z. 206 ff.), beschreibt Herr Albrecht die Situation im Krankenhaus. Auch andere Kinder wurden integriert und so „war eben Party bei uns, dann lief die CD mit der Kindermusik, alle haben getanzt“ (Z. 744 f.). Eine weitere „ganz wichtige Verarbeitung“, wie Herr Albrecht sagt, war der Sport mit Ben, „den (...) (er) schon am zweiten Tag mit reingebracht (hat)“ (Z. 384 f.). Er erzählt, dass sie teilweise selbst während der Chemotherapie Fußball und Tennis spielten und auch mit dem Sporttherapeuten der kideronkologischen Station in engem Kontakt standen. „Es ist Ablenkung, es ist Verarbeitung und allen geht es gut“, resümiert er (Z. 403).

Vergleich mit anderen/Sich bewusst machen, es könnte auch schlimmer sein

Neben dem ständigen „Aktiv sein“ wird bei Herrn Albrecht aber auch noch eine andere Form der Bewältigung deutlich. So lautet ein „positiver Punkt“, der für ihn „überall ist“: „es kann auch schlimmer sein“ (Z. 592 f.). Das Bewusstsein „es hätte schlimmer kommen können“ (Z. 80 f.), hilft ihm in vielen Dingen, beschreibt er und sagt: „also wollen wir mal nicht klagen“ (Z. 594 f.). Nachdem er beispielsweise Bens Diagnose erfahren hatte, stellte er die Frage: „Was wäre, wenn ich das gehabt hätte heute?“ (Z. 72 f.). Die Antwort: „Na da wäre das viel schlimmer, da ist eine Überlebenschance von 20 Prozent bei Erwachsenen“ (Z. 73 f.), brachte Herrn Albrecht bereits wieder zu dem Punkt: „es hätte schlimmer sein können“, „mir geht es eigentlich gut.“ (Z. 79). Auch bei der Abwechslung der Betreuung mit seiner Frau stellt Herr Albrecht fest, dass sie es „viel einfacher als viele andere Eltern“ hatten (Z. 258 f.). Er erzählt von Müttern, welche „die ganze Nacht (...), den ganzen Tag (...), die ganze Woche“ in der Klinik verbringen (Z. 259 ff.) und dadurch so „groggy“ sind, dass sie nicht die Euphorie und Energie aufbringen konnten, wie Herr Albrecht sie durch die „Abwechslung von draußen“ mitbrachte (Z. 263 f.). Der Vater zeigt sich dankbar für diese Umstände, die ihnen als Eltern ermöglichten, die Betreuung in diesem Maße zu gewährleisten. Er äußert: „Mensch, bloß gut, dass wir das so machen und dass wir das so können“ (Z. 1433 f.). Als positiv hebt er dabei hervor, dass er sich durch seine Selbstständigkeit „auch alles takten und eintei-

len“ konnte, wie es günstig war (Z. 564 f.). „Das geht natürlich auch nicht allen so“, vergleicht er sich mit anderen Vätern, die „Stress (haben), weil sie auf Arbeit gehen müssen, der Chef ruft an: ‚Wann kommst du?‘“ (Z. 566 ff.). Auch über die Zeit der akuten Behandlungsphase erzählt Herr Albrecht, dass sie im Vergleich zu anderen Kindern „eigentlich ganz gut durchgekommen“ sind (Z. 372 f.). So hatte Ben zwar zwei Wochen, wo es ihm richtig schlecht ging, und viele Wochen, wo es ihm mittelmäßig schlecht ging, wie Herr Albrecht berichtet, „aber wenn ich viele andere Kinder wieder gesehen habe, wie es denen ging (...), dann war mir natürlich klar, unser Ben hat es ja wieder besser“ (Z. 361 ff.). Herr Albrecht macht zudem deutlich, neben den positiven Umständen auch glücklich über seine stabile Psyche zu sein, denn er stellte auf der Station fest, dass es nicht jedem so einfach geht und die anderen „alle ganz schön unter Strom (standen)“ (Z. 1419 f.). „Da war überhaupt keiner so locker wie ich. Nicht einer war so locker“ (Z. 1421 f.), verdeutlicht er und sagt: „ich bin froh, dass es bei mir so ist, aber ich weiß auch, dass es vielleicht nicht immer so sein muss“ (Z. 467 f.). Nach Lehr und Thomae ist das Bewusstmachen, dass es anderen schlechter geht als einem selbst, für die Bewältigung von Belastungen sehr förderlich, da es so leichter fällt, die eigene Belastungssituation zu akzeptieren (vgl. Kapitel 5.5.1.).

Nutzenorientierung

Die Nutzenorientierung wird als situationsspezifische Ressource bei Herrn Berger deutlich. Der Vater erzählt, dass er seit der Krebserkrankung seiner Tochter „total nutzenorientiert“ ist und sich „nur noch die Dinge (merkt), die nützen“ (Z. 641 f.). Seinen damit einhergehenden „positiven und konstruktiven Blick auf die Dinge“ (Z. 643) schätzt er als „ziemlich ökonomisch“ ein (Z. 645 f.). Auch an dieser Stelle wird wieder das „Hervorheben positiver Aspekte“ als hilfreiche Form der Bewältigung der Krisensituation ersichtlich (vgl. Kapitel 5.5.1.).

Flexibilität und Anpassungsfähigkeit

Als ebenfalls hilfreiche Komponente im Umgang mit der stressreichen Situation beschreibt Herr Berger die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit, welche ihm insbesondere

bei der Bewältigung des Haushalts als förderlich erscheint. Er berichtet, dass sie zu Hause eher „lockere Standards“ haben (Z. 435), welche sich vor allem darin äußern, dass Familie Berger in diesem Bereich „normalerweise (...) eher Fünfe gerade sein (lässt)“ (Z. 430 f.). Obwohl der Vater diese Lockerheit manchmal als „hinderlich“ betrachtet, schätzt er sie im Zusammenhang mit der jetzigen Situation „unterm Strich“ als Gewinn ein (Z. 441 f.). Er betrachtet es als einen großen Vorteil, dass sie es in seiner Familie „gewohnt sind, relativ lockere Strukturen zu leben“ (Z. 436 f.) und „eine lockere Sicht auf die haushältlichen Dinge (zu) haben“ (Z. 442 f.). Da niemand bei ihnen „wirklich großen Wert auf, auf Ordnung im Haushalt und sehr klare Abläufe legt“ (Z. 440 f.), war es Herrn Berger möglich, in diesem Bereich „ziemlich flexibel“ (Z. 437) und „besonders anpassungsfähig“ (Z. 443) zu sein.

Die Krebserkrankung des Kindes erfordert von der gesamten Familie eine gewisse Flexibilität im Alltag, wodurch bisherige habitualisierte Strukturen und Abläufe verändert werden müssen, was wiederum die Stressentstehung begünstigt, so Filipp (vgl. Kapitel 5.). Die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit, wie sie Herr Berger beschreibt, lässt sich demnach in diesem Zusammenhang als wichtige familiäre Ressource der Stressminderung betrachten (vgl. Filipp 1995, S. 23 f./Schneewind 1999, S. 102).

Sich an die Situation gewöhnen/Akzeptanz des „Schicksals“

Zudem stellt Herr Berger bei sich durch die Krebserkrankung seiner Tochter Veränderungen in Fragen fest, welche Leben, Tod und Kinder betreffen. So beschreibt er, darin jetzt „Haltungen ein(zunehmen), die (er) sicherlich vor zwei Jahren nicht eingenommen hätte“ (Z. 944). Herr Berger äußert, dass er „heute glaub(t), dass es gar nicht so schlimm ist, wenn ein Kind stirbt“ (Z. 946 f.). Manchmal ist er über diese Einstellung erstaunt, erklärt es jedoch damit, dass dies „natürlich so aus der Not geboren“ (Z. 945 f.) und eine Konsequenz der langen Zeit der Krebserkrankung von Anna ist. Wenngleich „jeder Unbeteiligte (...) das für das Entsetzlichste hält, was es überhaupt nur gibt“ (Z. 948 f.), so sagt Herr Berger, hat er sich „inzwischen so daran gewöhnt“ (Z. 950), dass er auch damit „klarkommen“ würde (Z. 957). Die Panik, die der Vater am Anfang bei diesem Gedanken verspürte, hat er schon gar nicht mehr, sagt er. Er gibt an, mittlerweile alles

„viel nüchterner und realistischer“ zu betrachten“ (Z. 960). Egal was passiert, Herr Berger „glaub(t) nicht wirklich, dass (er sich) total verändern (wird)“ (Z. 937 f.). Dies gibt ihm Sicherheit. Das „Allerbestärkendste“ ist für Herrn Berger in diesem Zusammenhang „dieses Gefühl, ein großer Tanker zu sein, der zwar alles andere als wendig ist, aber der irgendwie so stur in seine Richtung fährt. Und wenn mal ein Beiboot von Bord geht, dann fährt er trotzdem weiter“ (Z. 939 ff.).

Auch diese Einstellungsänderung ist eine Art Anpassungsleistung an nicht beeinflussbare Komponenten der Krebserkrankung, wie sie Lehr und Thomae als Reaktionsform auf kritische Lebensereignisse beschreiben (vgl. Kapitel 5.5.1.). Da Herr Berger bereits seit mehreren Jahren mit der Möglichkeit konfrontiert ist, dass seine Tochter auch sterben kann, scheint er sich mit diesem Gedanken bereits intensiv auseinandergesetzt zu haben, um sich ansatzweise auch auf diese Situation vorzubereiten. Sicherheit gibt ihm dabei der Glaube daran, auch dies bewältigen zu können.

Eigene Erfahrungen mit Krankheit geben Mut und Kraft

Eine sehr individuelle Ressource im Umgang mit der Krebserkrankung stellen bei Herrn Fischer eigene Krankheitserfahrungen dar. Der Vater ist „etwas vorbelastet mit der Sache“ (Z. 33), wie er sagt, und thematisiert seine eigene Erkrankungszeit mehrmals sehr ausführlich im Interview. So befand auch er sich als junger Erwachsener wegen einer jedoch gutartigen Geschwulst über Monate hinweg in Behandlung. Aufgrund dieser Erkrankung konnte er nie seinem erlernten Beruf nachgehen, sondern ist seitdem zu Hause. Als er erfuhr, dass sein Sohn an Leukämie erkrankt ist, brach für ihn eine Welt zusammen, denn er konnte nicht verstehen, dass „ausgerechnet (...) (s)ein Sohn schlechter dran ist“ als er (Z. 35 f.). „Ging überhaupt nicht rein in meinen Kopf“, verdeutlicht Herr Fischer (Z. 36 f.). Durch diese eigene Krankheitsgeschichte hat er jedoch gelernt, dass es kein Aufgeben gibt, was ihm schließlich auch dabei half, die Kraft für die lange Erkrankungszeit von Lukas aufzubringen, erzählt er. Herr Fischer berichtet zudem, dass er aufgrund einer Erkrankung bereits selbst „wahrscheinlich wie so eine Nahtoderfahrung“ (Z. 666) erlebt hat. Er erzählt, dabei das Gefühl gehabt zu haben, „wie zu einer Art Licht hingezogen“ (Z. 665 f.) zu werden, und beschreibt dies als ein

„unheimlich gutes Gefühl“, bei dem man keine Schmerzen mehr hat (Z. 668 f.). Auch ein Verwandter, welcher „dem Tod von der Schippe gesprungen“ ist, schilderte ihm ähnliche Erfahrungen, indem er seinen verstorbenen Vater bereits wieder gesehen hat (Z. 1218 f.). Diese am eigenen Leib erfahrenen Erlebnisse haben den Eltern „unwahrscheinlich weitergeholfen“, betont Herr Fischer (Z. 673). „Seitdem habe ich halt keine Angst davor“, sagt er (Z. 669) und auch seine Frau, welche „immer Angst davor (hatte), wenn der Tag kommt beim Lukas“ (Z. 1211 f.), konnten diese Erfahrungen sehr beruhigen.

Sich mit dem möglichen Tod des Kindes im Vorfeld auseinandersetzen können

Nach Kübler-Ross (2009, S. 197) ist es ein großer Unterschied und eine bedeutende Einflussgröße im Prozess der Bewältigung, ob der Tod eines geliebten Menschen völlig unerwartet eintritt oder ob für die Angehörigen die Zeit besteht, sich mit dem bevorstehenden Tod auseinanderzusetzen. Auch Herr Fischer berichtet, dass ihm die Möglichkeit, sich mit dem Tod seines Sohnes bereits im Vorfeld auseinandersetzen und sich darauf vorbereiten zu können, „unheimlich geholfen“ hat (Z. 439 f.). Da der Vater sehr viel Zeit auf der kinderonkologischen Station verbrachte, hatte er schon sehr früh Kontakt zu anderen Eltern, deren Kinder an der Krankheit verstorben sind. „Da haben wir uns auch halt immer unterhalten“, erzählt er, sodass er sich bewusst wurde, dass es auch sie „jederzeit treffen (kann)“ (Z. 973 f.). Herr Fischer berichtet, dass ihm die Schicksale der anderen immer wieder vor Augen führten: „Ey, es kann auch irgendwann anders laufen“ (Z. 975 f.). Obwohl er fest daran glaubte, dass Lukas wieder gesund wird, so war er sich dennoch, vor allem auch durch die mehrfachen Rezidive, im Klaren darüber, dass Lukas auch sterben kann. Selbst als sein Sohn noch am Leben war, träumte er, dass er irgendwann einmal vor Lukas‘ Grab stehen wird, erzählt der Vater. Es wird deutlich, dass er sich bereits zu diesem Zeitpunkt mit dem möglichen Tod seines Kindes auseinandersetzte. Zudem machten die Eltern auch die ÄrztInnen bewusst bereits im Vorhinein darauf aufmerksam, sofort wissen zu wollen, „wenn der Punkt da ist, dass es nicht mehr weiter geht“ (Z. 451). Er betont, dass sie nicht wollten, „dass da noch großartig rumexperimentiert wird oder so“ (Z. 452).

Durch die Schicksale der anderen, die eigenen Träume und Gedanken und die Prognose der Ärzte konnte Herr Fischer sich bereits darauf vorbereiten, „dass irgendwann der Tag komm(en) (kann)“ (Z. 423 f.). Er erzählt, „dass man sich schon langsam da mit dem Gedanken trägt“ (Z. 438), wodurch er auch ruhiger lebte. Als ihm nach dem dritten Rezidiv schließlich klar war, dass Lukas nur noch eine gewisse Zeit zu leben hat, so hat er dies dann „ganz anders gesehen“, „ganz anders wahrgenommen“, als man dies eigentlich in so einer Situation erwartet, sagt er (Z. 424 f.).

Das Kind lebt (in Gedanken) weiter

Herr Fischer erwähnt mehrfach im Interview, dass Lukas noch bei ihnen ist, was er an unterschiedlichen Stellen spürt. Zunächst haben sich die Eltern von Lukas dafür entschieden, dass sie seine Urne bei sich zu Hause aufbewahren. „Am liebsten wäre es mir, wenn der Lukas für immer bei uns bleibt und nicht auf einen Friedhof kommt“ (Z. 427 ff.), äußerte Herr Fischer bei der Planung der Bestattung. Obwohl dies nach deutschem Recht nicht möglich wäre, besteht dennoch über ausländisches Bestattungsrecht (auf legalem Wege) die Möglichkeit, die Urne zu Hause aufzubewahren.

Auch durch vielfältige Erinnerungen ist Lukas „praktisch immer da“ (Z. 716), erzählt Herr Fischer. So reden sie nicht nur viel über ihn, sondern haben auch in der Wohnung verschiedenste Fotos von Lukas aufgestellt, sich eine Videokamera gekauft und vor allem in der letzten Zeit zahlreiche Filme mit Lukas gedreht und auch seine Kuscheltiere sind in der Wohnung und im Leben von Familie Fischer allgegenwärtig. Das Lieblingskuscheltier von Lukas braucht jeden Monat eine Wäsche, erzählt er lachend, „weil es halt so sehr geliebt wird“ (Z. 715).

Ein anderer Aspekt, welchen Herr Fischer selbst als „ein bisschen verrückt“ bezeichnet und den „ein normaler Mensch schlecht verstehen (würde)“, wie er sagt (Z. 719 f.), ist die Tatsache, dass sich seit Lukas' Tod „so manche verrückte Dinge“ (Z. 635 f.) bei Familie Fischer abspielen. Er erzählt, dass sie immer wieder spüren, wie Lukas „versucht, (sich) da irgendwie mitzuteilen“ (Z. 655 f.). So krabbelt es ihm beispielsweise während des Interviews in den Haaren, als er davon berichtet, dass Lukas unwahr-

scheinlich gern anderen Menschen in den Haaren wuschelte. „Siehst du, jetzt krabbelt es mich so gerade. [*lacht*] Das krabbelt richtig [*fasst sich ins Haar*]“, sagt er in diesem Moment (Z. 645 ff.). Auch seine Frau „merkt, (...) wenn Lukas sie anpustet, da kommt so ein richtiger kalter Lufthauch“ (Z. 647 f.), erzählt Herr Fischer. Während des Interviews knisterte und raschelte es zunächst aus unersichtlichen Gründen im Raum, was Herr Fischer schließlich auch damit erklärte, dass sich Lukas bemerkbar macht. Er beschreibt diese Erfahrungen als „unglaublich“ (Z. 648), „ganz kurios“ (Z. 656 f.), „verrückt“ und „total irre“ (Z. 678) und kann sie sich selbst nicht erklären. Da diese vor Lukas' Tod jedoch nie da waren, wie er sagt, ist dies ein Zeichen, dass Lukas noch immer bei ihnen ist. „Und das hat uns auch weitergeholfen“ (Z. 672 f.), betont er mehrfach. „Da kommt man gar nicht dazu, irgendwie darüber traurig zu sein“, beschreibt Herr Fischer (Z. 659 f.). Auch von anderen verwaisten Eltern haben sie derartige Erfahrungen geschildert bekommen.

Die Eltern haben zudem ein sogenanntes Medium angeschrieben, welches angibt, sich mit verstorbenen Kindern unterhalten zu können. „Okay, wir probieren es einfach mal“ (Z. 681), haben sie sich gesagt und dem Medium Fragen zu ihrem Sohn gestellt. Das Medium konnte ihnen schließlich Dinge erzählen, die eigentlich nur Lukas wissen dürfte, berichtet Herr Fischer. So hat es beispielsweise seine Freunde aufgezählt, die er im Kindergarten hatte und die er in der Kur kennenlernte, und ebenso seine Lieblingstiere konnte das Medium den Eltern benennen. Auch dieser Kontakt zeigt Herrn Fischer, dass sein Sohn noch auf irgendeine Art und Weise bei ihm ist.

Diese Art der Bewältigung, welche nach Lehr und Thomae unter emotional-evasive Reaktionen zu fassen ist (vgl. Kapitel 5.5.3.), scheint für Herrn Fischer bei der Verarbeitung des Todes seines Sohnes eine sehr zentrale Rolle zu spielen. Lukas ist in seinen Gedanken immer wieder präsent, seine „Anwesenheit“ wird durch Gespräche und Erinnerungen aufrechterhalten und auch Lukas selbst ist für Herrn Fischer immer wieder spürbar wahrzunehmen. Darin kann die Gefahr bestehen, dass der Tod des Kindes verleugnet wird. Andererseits spendet diese Vorstellung sehr viel Trost im Bewältigungsprozess, denn sie birgt, dass es für die Verstorbenen weitergeht und der Tod nicht das endgültige Ende ist. Damit einher geht auch die Aussage des Vaters, dass er viel Wert

darauf legt, anstelle des Wortes „sterben“ lieber zu sagen, dass sein Sohn „eingeschlafen“ ist, weil dies „ein bisschen [...] gemütlicher, humaner (klingt)“ (Z. 1099). Durch diese Wortwahl nimmt er dem Tod seines Sohnes ebenfalls das Endgültige. Eine solche „Vermeidung negativer Gedanken“ ist nach Lazarus eine wichtige Funktion des Bewältigungsverhaltens, welche vor allem dann zum Tragen kommt, wenn die Auswirkungen von Stressoren nicht unter Kontrolle zu bringen sind (vgl. Kapitel 5.3.1.). Auf diese Art und Weise kann das eigene Wohlbefinden geschützt ohne von den Stressoren überwältigt zu werden.

Fröhlichkeit des Kindes als Trost und Motivation

Für Herrn Schulze nimmt die Fröhlichkeit seiner Tochter einen sehr bedeutenden Stellenwert bei der Bewältigung der Situation ein. Der Vater erzählt mit Freude, dass seine Tochter für ihn trotz ihrer teils massiven gesundheitlichen Einschränkungen, mit denen sie zu kämpfen hat, ein „Vorbild an Lebenstauglichkeit“ darstellt (Z. 889). „Wenn man sie sieht, ist man getröstet“, erzählt er und betont, was für ein „fröhliches, kleines Menschlein“ sie ist (Z. 890 f.). Obwohl sie bereits auf einem Auge blind ist und auf dem anderen nur die Hälfte sieht, hat Herr Schulze das Gefühl, dass sie das nicht weiter stört. Er beschreibt sie als „total munter“, „unheimlich gut entwickelt“ und „sprachlich ganz toll drauf“. Alles in allem ist seine Tochter Sonja ein „blitzgescheites und fröhliches Kind“, was er als „total großartig empfindet“ (Z. 883 ff.). Vor allem wenn er mit ihr spielt, haben beide total viel Spaß und es gibt einen Haufen Glücksmomente, erzählt Herr Schulze. „So ein Kind gibt halt auch viel“, sagt er und betont, dass er alles nimmt, was er kriegen kann (Z. 359 f.). Diese Momente kann „ich (...) sehr gut genießen“, fügt Herr Schulze hinzu (Z. 357 f.). Es wird deutlich, dass ihm vor allem diese Momente Kraft geben durchzuhalten, weiterzumachen und die Hoffnung nicht aufzugeben. Die Fröhlichkeit seiner Tochter scheint für Herrn Schulze eine sehr zentrale „Kraftquelle“ und damit eine wichtige Ressource im Bewältigungsprozess zu sein.

Lachen, an (eigentlich) unpassenden Stellen

Eine weitere Form der Bewältigung, die bei Herrn Schulze in der Interaktion mit ihm deutlich wird, ist, dass er auffallend häufig an eigentlich unpassenden Stellen lacht. Um dies zu verdeutlichen, folgen ein paar Beispiele:

„Also die Zeit für einen selbst, das ist die Zeit, die man auf dem Klo sitzt oder mit dem Hund geht. [lacht] Das ist die Zeit für einen selbst. Ansonsten ist man abrufbar oder in Aktion. Man hat keine Zeit mehr für sich selbst.“ (Z. 319 ff.)

„Es führt mich an meine Grenzen. Und fast hätte es mich gecrasht jetzt. [lacht] Also, dass der Nacken nicht durch ist, ist ein riesen Glück, dass ich nicht im Rollstuhl oder unterm Grabstein gelandet bin.“ (Z. 342 ff.)

„Gut, dass ich keine depressive Veranlagung habe, sonst hätte ich mir längst einen Strick genommen.“ [lacht] (Z. 353 f.)

„Das ist eine kleine Welt so eine Station. Allerdings so die Abteilung Grusel und Grauen.“ [lautes Lachen] (Z. 459 f.)

„Außer, man hat mit drei Jahren oder mit zwei Jahren schon einen Tumor, dann sieht es anders aus.“ [lacht] (Z. 482 f.)

„Und da Sie ja wegen dem Thema Männer unterwegs sind, ich werde am Telefon von Freunden, von der Familie und sonstwem in der Regel als erstes gefragt: ‚Wie geht’s denn Sonja?‘“ [lacht] (Z. 306 f.)

I: „Haben Sie das Gefühl, dass Sie als Vater als eine belastete Person wahrgenommen werden? [...]“

IP: „Naja, von einem Freund ja, und sonst eigentlich nicht so sehr.“ [lacht] (Z. 829 f.)

„Man weiß ja nie, was morgen kommt. Aber wir haben ziemlich klare Optionen, wie scheiße es laufen könnte. [lacht] Also, wir wissen einfach nicht, wie lange sie lebt ne.“
(Z. 871 ff.)

Die Emotion des Lachens wirkt bei Herrn Schulze, ähnlich wie die von Lehr und Thomae aufgegriffene Reaktionsform der Aggression, entlastend. Nach Sassenrath (2001, S. 57) führen Lachen und Humor zu „Spannungs- und Angstabbau“. Dadurch kommt es zu einer emotionalen Beruhigung, welche eine Distanzierung von Problemen ermöglicht (vgl. ebd.). Auch an dieser Stelle wird die von Lazarus beschriebene Funktion der „Selbstregulation negativer emotionaler Zustände“ deutlich (vgl. Kapitel 5.3.1.). Durch das Lachen wird es ermöglicht, sich von den negativen Emotionen freizumachen und Probleme in einem positiveren Licht zu betrachten (vgl. Sassenrath 2001, S. 57). So können problemmeidende Reaktionen, wie die Verdrängung der unkontrollierbaren Stressoren, vermieden werden. Humor in kritischen Lebenssituationen erscheint demnach als effektives Mittel, sich mit einer gewissen Distanz mit bestehenden Problemsituationen auseinandersetzen zu können, ohne von deren Last erdrückt zu werden.

Fazit

Bei dieser Darstellung wurden sehr spezifische Ressourcen und Formen der Bewältigung ersichtlich, welche nun noch einmal zusammengefasst werden sollen. Herr Albrecht zeichnet sich durch einen sehr aktiven Umgang im Bewältigungsprozess aus. Hilfreiche Ressourcen fordert er sich dabei selbst aktiv ein und nimmt damit die „Verarbeitung“ der Krebserkrankung seines Sohnes bewusst in die eigene Hand, sodass man an dieser Stelle in Anlehnung an die Diskussion von Lehr und Thomae durchaus auch von „Bewältigungsstrategien“ sprechen kann (vgl. 5.5.). Auch aus dem Vergleich mit anderen kann Herr Albrecht positive Dinge für die eigene Situation ziehen, was ihm Kraft und Motivation gibt, durchzuhalten und aktiv weiterzumachen. Sein Optimismus wird dabei in vielen seiner Äußerungen deutlich. Zudem fühlt er sich und seinen Sohn durch die medizinische Kompetenz der ÄrztInnen in guten Händen, wie er sagt, was er bei der Verarbeitung auch als hilfreich empfindet. Die medizinischen Werte seines Soh-

nes geben Herrn Albrecht eine Orientierungsmöglichkeit und Sicherheit im Umgang mit der Krebserkrankung. Die Schilderung, dass er mit den Werten gelebt hat, bringt die Bedeutung für den Verarbeitungsprozess des Vaters zum Ausdruck.

Auch für Herrn Berger sind Zahlen in Form von Prognosen über die Heilungschancen seiner Tochter für die Verarbeitung der Situation eine hilfreiche Stütze und Orientierung. Zusätzlich ermöglicht ihm das Vertrauen in die Arbeit der ÄrztInnen, sich auf andere Dinge zu konzentrieren, sodass sich dies als entlastend und hilfreich im Umgang mit der Krebserkrankung darstellt. Auffällig ist auch, wie er trotz der ungünstigen Komponenten von Annas Erkrankung versucht, einen hoffnungsvollen und optimistischen Blick zu bewahren, und sich neben negativen Aspekten immer auch die positiven Dinge der Situation bewusst macht. Auch mit dem Gedanken, dass seine Tochter sterben könnte, hat er sich auseinandergesetzt und dabei in Folge der langen Erkrankungszeit eine Einstellung erlangt, welche ihm Sicherheit gibt, auch den möglichen Tod irgendwie bewältigen zu können. Herr Berger versucht im Bewältigungsprozess mit den vorhandenen Ressourcen effizient umzugehen und diese zu nutzen, was er selbst als sehr „ökonomisch“ bezeichnet. Als hilfreich schätzt er dabei unter anderem die familiäre Ressource der Flexibilität ein, welche es ermöglicht, sich an die Situation bestmöglich anzupassen, ohne dass dies weitere Stressquellen hervorruft.

Für Herrn Schulze scheint die Fröhlichkeit seiner Tochter die maßgebende „Kraft- und Motivationsquelle“ bei der Bewältigung des kritischen Lebensereignisses zu sein. Zudem „klammert“ auch er sich an die Hoffnung, dass sich die stressreiche Zeit irgendwann wieder normalisiert und sich die Krankheitssituation seiner Tochter und damit auch sein eigenes Leben wieder entspannt. Diese Hoffnung ermöglicht es ihm, trotz aufgebrauchter Reserven, wie er sagt, die Zähne zusammenzubeißen und weiterzumachen. Eine hilfreiche Reaktionsform auf belastende Problemsituationen stellt für Herrn Schulze außerdem sein Humor dar. Durch den damit einhergehenden emotionalen Spannungsabbau können die negativen Aspekte mit einem positiveren Blick betrachtet werden. Die Ernsthaftigkeit der Themen verliert so an Bedeutung, was wiederum dem Erhalt des eigenen Wohlbefindens dienlich ist.

Wie bei den anderen Vätern wird auch bei Herrn Fischer die „Hoffnung“ als Grundpfeiler im Bewältigungsprozess deutlich. Vor dem Tod seines Sohnes half ihm die Hoffnung auf Heilung die lange Zeit der Erkrankungssituation zu bewältigen und auch nach dem Tod gibt ihm die Hoffnung auf ein Wiedersehen Kraft. Eine sehr spezifische Ressource ist für Herrn Fischer zudem die eigene Erfahrung mit Krankheit, welche ihn gelehrt hat, nicht aufzugeben. Als hilfreich für die Verarbeitung des Todes empfindet der Vater auch die Zeit, in der er die Möglichkeit hatte, sich bereits im Vorfeld mit dem möglichen Tod seines Sohnes auseinanderzusetzen. So konnte er diesen schließlich anders wahrnehmen und anders damit umgehen, als wenn er unerwartet eingetreten wäre. Ein zentraler Aspekt im Bewältigungsverhalten von Herrn Fischer ist zudem der Glaube daran, dass Lukas trotz des Todes noch bei ihnen ist.

Insgesamt wird eine Vielzahl unterschiedlichster Ressourcen deutlich, welche den Bewältigungsprozess der Väter prägen. Die Reaktionsform, die bei allen Vätern eine grundlegende Bedeutung bei der Verarbeitung hat, ist die Hoffnung und der Optimismus auf ein gutes Ende – wie auch immer sich dies gestaltet.

7.6. Die soziale Unterstützung

Neben individuellen Ressourcen spielen auch soziale Ressourcen eine wichtige Rolle im Umgang mit der Krebserkrankung (vgl. Kapitel 5. ff.). Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit den Erfahrungen der Väter hinsichtlich sozialer Unterstützung. Dabei wird auf familiäre und freundschaftliche Unterstützung, auf Unterstützungsleistungen durch andere Institutionen sowie auf die Bedeutung des Austauschs mit anderen betroffenen Vätern eingegangen.

7.6.1. Offensive versus Rückzug – die Wahrnehmung familiärer und freundschaftlicher Unterstützung

Die Väter beschreiben die Unterstützung, welche ihnen aufgrund der Krebserkrankung ihres Kindes von anderen entgegengebracht wurde, sehr unterschiedlich. So werden

sowohl sehr positive Erfahrungen der offensiven Hilfe, aber auch Reaktionen des Rückzugs aus deren Umfeld geschildert.

Vor allem Herr Schulze hat die Unterstützung seitens der Familie und durch Freunde seit der Krebserkrankung seiner Tochter als sehr ambivalent erlebt. So wird er seitdem beispielsweise von einigen Menschen gemieden, andere wiederum sind unheimlich aufmerksam, erklärt er. Die Unterstützung durch die Familie beschreibt Herr Schulze einerseits als sehr stark. Er fühlt sich von seiner Familie „wie verrückt“ unterstützt, da sie sich „wahnsinnig kümmern“ (Z. 626 ff.). Währenddessen unterstützt „die andere Seite überhaupt nicht“, erzählt er, sodass beispielsweise „der Großvater die Enkelin zwei Mal in zwei Jahren gesehen hat“ (Z. 628). Die Ursache sieht er darin, dass manche Menschen mit der Krankheit einfach nicht umgehen können und nichts damit zu tun haben wollen, erzählt Herr Schulze. „Geradema, dass sie sagen: ‚Ja, das wird schon‘, aber: ‚Kann ich mal helfen?‘ – nein, da kommt nichts“ (Z. 632).

Ähnliche Erfahrungen beschreibt auch Herr Fischer. Er erzählt, keinerlei familiäre Unterstützung erhalten zu haben: „Wo bei anderen auf der Station Oma und Opa mit geholfen haben oder Opa und Oma mal aufgepasst haben. Nichts“, sagt er (Z. 829 ff.). Er hatte eher das Gefühl, dass beispielsweise seitens der Großeltern Berührungsängste bestanden und bei ihnen die Angst überwog, etwas falsch zu machen.

Auch aus dem freundschaftlichen Umfeld von Herrn Schulze waren solch gegensätzliche Reaktionen zu spüren. Er fasst dies zusammen mit den Worten: „Freunde sind plötzlich keine mehr oder werden erst recht welche“ (Z. 89). Der Vater berichtet von „zwei, drei sehr, sehr guten Freunden“, die den Kontakt halten und die Familie immer wieder unterstützen (Z. 633 f.). Auf der anderen Seite gibt es aber auch Leute, „da ist man eben komplett raus“ (Z. 641 f.). Er erzählt von Freunden, mit denen er jahrelang Sport gemacht hat und gemeinsame Aktivitäten teilte. Seitdem er dies nicht mehr kann, ist die „Beziehung (...) ausgesetzt und damit (...) auch beendet“, wodurch er feststellen muss, dass sie sich nur „über diese Aktivität definiert hat“ (Z. 642 ff.).

Dass es im freundschaftlichen Umfeld „Randbereiche gibt, wo es (...) gebröckelt hat“, hat auch Herr Berger festgestellt (Z. 348 f.). Dabei betont er jedoch, dass es „mit den besten Freunden (...) in gewisser Weise sogar eher noch enger geworden“ (Z. 342 f.) und der „Kern (...) vom sozialen Netz“ auf jeden Fall intakt ist (Z. 351 f.). So hat er sowohl im Freundeskreis als auch im familiären Umfeld überwiegend positive Erfahrungen gemacht, erzählt er. Beispielsweise waren besonders engere Familienmitglieder „sehr präsent“ und „ziemlich oft da“ und haben die Familie „sehr gut unterstützt“ (Z. 160 ff.). Auch weitere Personen aus dem familiären Bereich und dem engen Freundeskreis sowie aus dem nachbarschaftlichen Umfeld und dem Umfeld der Eltern der Freunde der großen Kinder haben die Familie „in vorbildlicher Weise (...) unterstützt“ (Z. 169 f.), erzählt Herr Berger. Er bemerkt, dass diese sogar „auf nur leise Hilferufe hin oder selbst ohne Hilferufe sehr, sehr präsent waren“ (Z. 170 f.). Dadurch hat der Vater einerseits praktische Hilfe erhalten, andererseits ist für ihn „das soziale Leben nicht völlig abgestürzt“ (Z. 629 f.), was er als „wunderbar“ (Z. 629) und als „Bereicherung“ (Z. 632) erlebt. Besonders dankbar äußert sich Herr Berger über die Unterstützung bei der Betreuung der beiden großen Kinder. Entlastung erhielt er dabei vor allem durch „die guten Nachbarn und Freundeseltern“ (Z. 204) und die Oma, bei welcher die Kinder auch manchmal die Ferien verbringen. Dankbarkeit zeigt Herr Berger zudem darüber, dass jemand den Haushalt gemacht hat oder Einkaufen gegangen ist. Diese Unterstützungsleistungen geben Herrn Berger „Freiraum“ (Z. 656) und „Erleichterung“ (Z. 690). „Das ist gut, das gab es aber auch oft“, fügt er hinzu (Z. 691 f.).

Herr Albrecht berichtet nicht davon, dass er Veränderungen im freundschaftlichen Umfeld bemerkte, hebt aber hervor, dass er sich die Unterstützung durch seine Freunde sehr aktiv einforderte, weil sie ihm half, die Situation zu verarbeiten. Im gesunden Stadium muss man Freundschaften unbedingt pflegen, sagt Herr Albrecht und sie dann „eben auch im Positiven ausnutzen, wenn man sie dann braucht. Und dann richtig auch, **richtig** (...) nutzen“ (Z. 317). So fragte er beispielsweise nicht: „Kann ich am Wochenende kommen zum Mittagessen?“, sondern sagte: „Lutz, am Samstag bin ich bei dir“, „Am Sonntag bin ich bei dir, Maik. Bist du da?“ (Z. 297 ff.). Auf diese Weise war Herr Albrecht während der Erkrankung von Ben an den Wochenenden meist bei irgendeinem anderen Freund, „wo ich mich zum Mittagessen eingeladen habe“, sagt er (Z. 300 f.).

Für seine Freunde war dies in Ordnung, hält er fest. „Das sind Freunde, ich mach das so, ich brauche die“ (Z. 330 f.) und außerdem „wissen die auch (...), dass die das auch bei mir machen können und dass ich mich auch freue, wenn sie kommen“ (Z. 301 ff.). Die Besuche bei seinen Freunden nutzte Herr Albrecht vor allem, um von seinen Erlebnissen in der Klinik zu berichten. Dort konnte er reden, sie hörten zu und versuchten neuen Mut und Kraft zu geben. „Ich habe da auch mal geweint“, erzählt Herr Albrecht, „na klar, wenn ich denen erzählt habe, was da wieder ablief in der Nacht“ (Z. 812 ff.). Durch diese Kontakte war es Herrn Albrecht möglich, am Wochenende eine Ablenkung zu erfahren und zudem neue Energie für die Betreuung von Ben zu sammeln, fasst er zusammen und hält außerdem fest: „Dort (...) weiß man eben, dass das richtige Freunde sind, die man hat“ (Z. 296 f.).

Auch Herrn Schulze war die emotionale Unterstützung durch seine Freunde „wahnsinnig viel wert“ (Z. 648). So sagt er zum Beispiel, dass er die Angewohnheit eines Freundes mehrmals die Woche anzurufen, „wie ein Geländer in der Nacht“ empfindet (Z. 650 f.). Dass er so gute Freunde hat, auf die er sich „stützen“ kann, sieht er als „großes Glück“ an (Z. 715 ff.). Herr Schulze bekräftigt dies noch einmal, indem er äußert: „Es gibt kaum was Wichtigeres als gute Freunde und eine Familie, mit der man im Reinen ist“ (Z. 718 ff.).

Von der Erfahrung des Rückzugs bestimmter Freunde und auch Familienmitglieder berichtet die Mehrzahl der Väter. Gleichzeitig betonen alle den Wert derer, die ihnen in dieser Zeit zur Seite standen und sie unterstützt haben. Dabei wird insbesondere die Bedeutung emotionaler Unterstützung hervorgehoben, welche den Vätern Halt gibt sowie die Möglichkeit, sich über Erlebnisse auszutauschen und Sorgen und Ängste mitzuteilen. Aber auch konkrete Handlungen, wie beispielsweise die Betreuung der Geschwisterkinder, werden als sehr wertvoll und entlastend im Alltag beschrieben.

7.6.2. Unterstützung und Hilfe durch andere Institutionen

Neben familiärer und freundschaftlicher Unterstützung erzählen auch alle vier Väter von Unterstützungsleistungen, welche sie durch andere Institutionen während der Erkrankungszeit ihres Kindes erhalten haben.

Von sehr hilfreicher finanzieller Unterstützung berichten insbesondere Herr Berger und Herr Fischer. Für Herrn Berger haben vor allem Hilfen des Sozialstaates im finanziellen Bereich für Entlastung gesorgt. Er bezeichnet es als „hervorragend“ (Z. 677) und „Wahnsinn“ (Z. 703), „was der Sozialstaat in solchen schweren Fällen alles auffährt“ (Z. 677 f.), und „auf welche Ressourcen da zurückgegriffen wird“ (Z. 703 f.). So ist der Vater „dem Staat echt dankbar, die tun viel“ (Z. 702 f.).

Auch Herr Fischer lobt beispielsweise das Geld von der Krankenkasse, was ihnen unheimlich weitergeholfen hat, wie der Vater sagt. So haben sie sowohl Fahrgeld erstattet als auch über die Pflegestufe des erkrankten Sohnes finanzielle Unterstützungsleistungen erhalten. Eine andere Art finanzieller Hilfe, über welche sich Herr Fischer dankbar äußert, wurde durch Stiftungen und Vereine realisiert. Vor Lukas' Erkrankung hatte sich die Familie ein älteres, renovierungsbedürftiges Haus gekauft, welches plötzlich durch die Leukämie einer dringenderen und schnelleren Sanierung bedurfte, als es eigentlich geplant war. So schrieb die Familie Stiftungen an und schilderte ihre Situation, wodurch ihnen massive finanzielle Hilfe entgegenschlug. Herr Fischer beschreibt dies als „unwahrscheinlich, was da passiert ist“ (Z. 260.). Dadurch wurden ihnen die Sorge und der Stress mit dem Haus abgenommen, erzählt der Vater dankbar. Während die Familie im Ronald McDonald Haus wohnen konnte, wurde ihr Zuhause renoviert. „Das hat uns (...) Mut gemacht“ (Z. 1032) und auch „unheimlich weitergeholfen“ (Z. 318), betont er und verdeutlicht noch einmal seine Dankbarkeit darüber, „was da für (...) eine Hilfe jemandem gegeben wird, ohne einen Gegenwert dafür zu verlangen oder ohne dass man die Menschen mal gesehen hat. Die kennen uns ja nur von einem Brief oder (...) von Bildern“ (Z. 253 ff.). Auch ein neues Auto hat Familie Fischer durch Stiftungen finanziert bekommen, da das alte kaputtgegangen war.

Als weitere Institutionen, welche die Väter als sehr unterstützend und hilfreich erlebten, werden beispielsweise das Ronald McDonald Haus („sehr hilfreich“, „prima Sache“ [Berger, Z. 730/723]) und die „Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e.V.“ genannt. Hierbei hebt vor allem Herr Berger die Betreuung der Geschwisterkinder hervor. Die Angebote des Vereins lobt er als „super“ (Z. 731), „klasse“ (Z. 732) und eine „tolle Sache“, die den Kindern Spaß macht und ihm gleichzeitig Freiraum verschafft (Z. 654 f.). Er weist darauf hin, dass die „Arbeit mit den Geschwistern (...) unbedingt mindestens auf dem Niveau weiter betrieben werden sollte“ (Z. 705 ff.) und es von ihm aus sogar noch mehr sein könnte, weil sich alle daran freuen (vgl. Z. 732 f.). Herr Berger ist bei der Arbeit mit den Geschwisterkindern „allen Beteiligten hoch dankbar“ (Z. 707) und betont: „Gerne, gerne wieder“ (Z. 655).

Auch Herr Albrecht beschreibt es als eine „super Geschichte“ (Z. 160), dass der Kindergarten seines erkrankten Sohnes sofortige Hilfe anbot, den zweiten Sohn von heute auf morgen in die Kinderkrippe aufzunehmen, um die Eltern zu entlasten. So war es ihm möglich tagsüber weiter seiner Arbeit nachzugehen, während seine Frau das erkrankte Kind in der Klinik betreute.

Für Herrn Schulze stellt die Unterstützung durch ein Kinderhospiz „die größte Hilfe“ und Entlastung für die Familie im Alltag dar. Zweimal pro Woche gehen Mitarbeiter/innen des Kinderhospizes mit ihrer Tochter in den Park, was für Herrn Schulze und seine Frau „das Größte“ ist, da sie „mal zwei Stunden die Woche“ für sich haben (Z. 1040 f.). Diese nutzen sie entweder „jeder für sich oder zusammen“, erzählt er (Z. 1041).

Zudem werden auch Putzhilfen und Kindermädchen genannt, welche den Vätern/der Familie seit der Erkrankung der Kinder Unterstützung leisteten. Die gemeinsame Familienkur im Anschluss der Behandlung des Kindes wird von den Vätern ebenso als sehr hilfreich und schön beschrieben („das war schon toll“ [Schulze, Z. 656], „eine wunderschöne Zeit“ [Fischer, Z. 61]), „Retter für die Psyche“ [Albrecht, Z. 543]).

Die Väter haben zudem in den Interviews teilweise sehr konkrete Anregungen gegeben, in welchen Bereichen sie sich mehr/bessere institutionelle Unterstützung wünschen würden. Dabei thematisiert insbesondere Herr Schulze die Betreuungs- und Unterstützungsleistungen der Uni-Klinik T-Stadt. Die sozialrechtliche Betreuung beschreibt er dabei als „nicht sehr gut“ (Z. 423 f.). Da „gäbe (...) (es) viel, was man besser machen könnte“, sagt er (Z. 616 f.). Den Grund für die unbefriedigende Betreuung sieht er darin, dass der/die zuständige MitarbeiterIn zu viele Stationen zu betreuen hat. Auch die psychologische Hilfe in der Uniklinik T-Stadt erlebte der Vater für sich als ein „nicht (...) attraktives Angebot“ und wenig hilfreich (Z. 442 ff.). Die Ursache sieht er auch hier in der geringen Zeit und den geringen Ressourcen, die den MitarbeiterInnen der psychologischen Abteilung zur Verfügung stehen. Meistens können nur Anregungen gegeben werden, aber für eine „richtige Gesprächstherapie“ (Z. 689 f.) fehlt die Zeit, sodass das „nicht in die Tiefe“ geht, beschreibt Herr Schulze seine persönlichen Erfahrungen mit diesem Angebot (Z. 623).

Einen weiteren Bedarf an institutioneller Unterstützung äußert Herr Schulze im Hinblick auf Entlastung im Alltag. „Dass ich mal wieder Sport machen könnte oder einfach mal, irgendwie einfach mal Zeit für mich hätte“, sagt er (Z. 1031 f.). „Einfach mal einen Tag arbeitsfrei in der Woche“ könnte er sich gut vorstellen, schätzt diesen Wunsch aber zugleich als unrealistisch ein (Z. 1036). Aber auch eine Haushaltshilfe oder jemand, der einkaufen fährt, würden zur Entlastung beitragen.

Herr Berger sieht vor allem bei der Kinderbetreuung am Krankenbett einen „absolute(n) Engpass“ (Z. 746) und Verbesserungsbedarf. In diesem Bereich könnte er sich „noch einen Zuwachs vorstellen“ (Z. 740). „Wenn **da** die Eltern, (...) wirklich jemand mal drei Stunden entlastet“ (Z. 743 f.), dass fände Herr Berger „klasse“ (Z. 746) und eine „riesen Entlastung“ (Z. 762). Er sagt, dass er sich dies beispielsweise durch Ehrenamtliche, Ausgebildete oder auch als Bestandteil eines Praktikums vorstellen könnte.

Eine andere Art Anliegen äußert Herr Albrecht, welcher sich jetzt im Nachhinein wünschen würde, dass man ihn bereits schon am Anfang darauf aufmerksam gemacht hätte, dass es zwischen den Eltern zu Differenzen aufgrund einer unterschiedlichen Angstver-

arbeitung kommen kann, auch wenn die Behandlung des Kindes erfolgreich verläuft. „Das würde ich mir wünschen so im Nachgang“, betont Herr Albrecht mehrfach (Z. 729 f.), „wenn mich da hätte mal einer gewarnt vorher“ (Z. 761 f.).

Die Unterstützungsleistungen durch andere Institutionen werden als sehr vielseitig beschrieben. Neben finanzieller Unterstützung, wie sie insbesondere Herr Berger und Herr Fischer als hilfreich erlebten, haben die Väter von verschiedensten Stellen auch aktive Unterstützung bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben erfahren, meist in Form einer entlastenden Abnahme bestimmter Aufgabenbereiche wie Geschwisterkinder oder Haushalt. Gleichzeitig werden aber auch Wünsche und Anregungen in spezifischen Bereichen geäußert, in denen sich die Väter eine bessere Unterstützung vorstellen können.

7.6.3. Der Austausch mit anderen betroffenen Vätern

Eine weitere soziale Ressource im Prozess der Bewältigung kann der Austausch mit anderen betroffenen Eltern darstellen. In den Interviews beschreiben dies jedoch sowohl Herr Schulze als auch Herr Berger als schwierig. So hat vor allem Herr Schulze die Erfahrung gemacht, dass die Väter „meistens total dicht (sind)“ und „gar nicht reden können“ (Z. 577 f.). Er stellt fest: „also einer von zehn ist zugänglich“, „Frauen quatschen, Männer nicht“ (Z. 557 f.). Hinzu kommt, dass die überwiegende Zahl der Elternteile auf der kinderonkologischen Station Mütter sind. Herr Schulze beschreibt, dass er sich manchmal „wie auf dem Kinderspielplatz fühlt, wenn man da als Vater sitzt und um einen herum nur Mütter“ (Z. 567 f.). Frauen sind im Vergleich zu Männern „lockerer“, was Gespräche betrifft, erzählt Herr Schulze (Z. 563). Gleichzeitig findet er die wenigsten Väter als Gesprächspartner interessant, da „die meisten (...) nur stur zur Arbeit (rennen)“ oder auch „einfach nicht genügend Interessen (haben), dass man mit denen sich unterhalten möchte“ (Z. 580 ff.). Wenn es nur um Krankengeschichten geht, entsteht zwischen den Eltern keine richtige Beziehung, sagt er.

Diese Erfahrung schildert in ähnlicher Weise Herr Berger. Auch er findet es einerseits schwierig, überhaupt Beziehungen zu anderen aufzubauen, weil Väter nicht so oft in der Klinik sind. Andererseits kann er wenig gemeinsame Gesprächsfelder finden, denn im

Klinikumfeld trifft man auf den „vollen Bevölkerungsdurchschnitt“ (Z. 395), „das volle Spektrum der Gesellschaft“ (Z. 398). So beschreibt er es für sich als eine „wenig befriedigende Situation“ (Z. 403), wenn man sich mit den anderen Eltern „noch nicht einmal über Fußball unterhalten kann, sondern nur über Fernsehen oder über kranke Kinder“ (Z. 401). Dadurch hat sich Herr Berger „da nicht weiter engagiert, da näher in Kontakt zu treten“ (Z. 403 f.).

Beide Väter berichten aber auch von Ausnahmen. So haben beide zu einzelnen Vätern Kontakt, was sie als sehr positiv beschreiben. Während Herr Berger die Kontakte für sich jedoch nicht „als eigene Größe“ (Z. 801) in der Bewältigung definiert, nehmen sie für Herrn Schulze dabei einen hohen Stellenwert ein. So empfindet er trotz der erwähnten Schwierigkeiten den Austausch mit „Leidensgenossen“ (Z. 417) als sehr bedeutend und hilfreich, denn das sind Menschen, „die verstehen, was einen bewegt“ (Z. 510 f.), erzählt er. Einerseits stellen die Gespräche für ihn einen „Informationsaustausch“ dar, andererseits hat er dabei „das Gefühl, also einfach mal quatschen zu können“ (Z. 509 f.). Herr Schulze stellt fest, dass er „eigentlich nur noch mit Leuten reden (kann), die eine ähnliche Situation erleben wie man selber oder das zumindest aus irgendwelchen Gründen peilen, was da los ist“ (Z. 535 f.). Im Austausch mit anderen betroffenen Eltern bekommt der Vater „endlich mal das bisschen Distanz, was man sonst nie hat zu sich“ (Z. 515 f.), sagt er. Wie bereits deutlich wurde, hat er Schwierigkeiten, sich selbst zu reflektieren, sodass er nicht weiß, wie es ihm geht oder wo er steht. Erst im Kontakt mit anderen Eltern auf der Station sieht er sich „im Spiegel der anderen“ und „erkennt sich da wieder“ (Z. 512 f.). So erzählt er zum Beispiel, wenn er sieht, dass Eltern gerade erst mit der Diagnose konfrontiert werden, erkennt er an deren Reaktionen, wie er „selbst mal da stand“ (Z. 513 ff.). Erst dann wird ihm deutlich: „Aha, ja okay, das kennst du. Das hast du auch schon erlebt“ (Z. 519 f.).

Aus den Erzählungen wird deutlich, dass beide Väter das Herstellen eines Kontaktes zu ebenfalls betroffenen Vätern als schwierig erleben. Die Schwierigkeiten ergeben sich einerseits daraus, dass auf der kideronkologischen Station meist die Mütter anzutreffen sind und Väter zudem nach Aussagen von Herrn Schulze in Belastungssituationen kaum fähig zu Gesprächen sind. Außerdem empfinden es beide Väter als keine richtige Basis,

wenn sich die Kontakte nur um die Krankheitsgeschichte des eigenen Kindes drehen, sodass ihnen die meisten Väter als Gesprächspartner nicht interessant erscheinen. Dennoch bringt insbesondere Herr Schulze auch die Bedeutung eines solchen Kontakts zum Ausdruck. So hat er das Gefühl, dass genau diese Menschen ihn in seiner Situation verstehen, was er als sehr wertvoll erlebt. Gleichzeitig hilft ihm der Kontakt mit anderen Eltern zu sich, seinem Verhalten und seinen Emotionen Distanz zu entwickeln und sich zu reflektieren, da er in den Reaktionen der anderen häufig auch sich selbst erkennen kann. In Kapitel 7.3. wurde bereits deutlich, dass dieses mangelnde Reflexionsvermögen und daraus resultierende Probleme für Herrn Schulze teilweise eine erhebliche Schwierigkeit bei der Bewältigung der Situation darstellt. Somit ist der Austausch mit anderen Eltern für den Vater eine sehr bedeutende Ressource im Umgang mit der Krebserkrankung seiner Tochter.

Fazit

Die Bereiche der familiären, freundschaftlichen und institutionellen Unterstützung sowie der Austausch mit anderen betroffenen Eltern/Vätern nehmen für alle interviewten Väter einen (mehr oder weniger) bedeutsamen Stellenwert ein. Auch in der Literatur wird die Bedeutung sozialer Unterstützung für den Bewältigungsprozess immer wieder hervorgehoben. In den im fünften Kapitel aufgegriffenen Theorien der Stressbewältigung weisen sowohl Schneewind, Hobfoll, Zimbardo und Gerrig als auch Lehr und Thoma auf die Wichtigkeit sozialer Ressourcen hin. Einerseits wirken sich diese förderlich auf den Bewältigungsprozess aus und zusätzlich wird die Stressanfälligkeit merklich verringert, wenn man über ein ausgebautes soziales Unterstützungsnetz verfügt, so Cohen und McKay (1983, zit. nach Zimbardo & Gerrig 1999, S. 286).

7.7. Väter als Gefangene der Männlichkeit – Geschlechterstereotypen als Hindernisse gelingender Bewältigung

Die spezifische Rolle des Mannes im Zusammenhang mit der Bewältigung der Krebserkrankung des Kindes ist eine interessante Thematik in Bezug auf die vorliegende Forschungsarbeit. Herr Schulze formulierte damit verbundene Probleme sehr konkret. Der

Vater beschreibt seine Erfahrungen hinsichtlich des männlichen Geschlechtsstereotyps als sehr beeinflussend auf den Bewältigungsprozess. So definiert er es als das „Hauptproblem“ (Z. 723) von Männern, „dass sie in ihrer Rolle halt so gefangen sind“ (Z. 722 ff.). „Das gilt auch für mich“, betont er (Z. 724). „Von uns wird das erwartet, dass wir das Kreuz durchdrücken und gut ist“, beschreibt Herr Schulze die Erwartungen, welche an Männer gerichtet werden (Z. 311 f.). Er sieht für sich auch keine Chance aus dieser Gefangenschaft der männlichen Rolle herauszukommen, da Männer „da auch stark gefordert werden, auch von der Frau, von der gesamten Umgebung“ (Z. 724 ff.), sagt er. Die Frage, ob er sich als Vater von anderen auch als eine belastete Person wahrgenommen fühlt, beantwortet er mit einem klaren „Nein, (...) in der Regel nicht“ (Z. 834 f.). Gleichzeitig macht er deutlich, dass die Erwartungen „stark zu sein“ aber nicht nur von außen an ihn herangetragen werden, sondern er es auch von sich selbst erwartet und sich „wenig Schwächen dazu (gesteht)“ (Z. 312 f.). „Männer dürfen (...) nicht schwächeln. Dürfen sie wirklich nicht“, hebt er noch einmal hervor (Z. 770 f.). Diese Ansicht ist für Herrn Schulze jedoch nicht nur ein „überholtes Rollenklischee“. Er sieht den Druck, den Erwartungen nicht gerecht zu werden und „das nicht zu packen“, auch als „gefährlich für das Selbstbild“ an (Z. 771 ff.).

Dass Männer „unheimlich viel auszuhalten (haben) in der Zeit“, betont Herr Schulze mehrfach und äußert gleichzeitig, dass sie wenig darauf vorbereitet sind (Z. 712 f.). Er bringt zum Ausdruck, dass Väter durch die Konfrontation mit solch belastenden Ereignissen wie die Krebserkrankung des eigenen Kindes „auch einfach überfordert sind“ (Z. 670 f.) und zudem meist gar nicht merken, „dass sie ein Problem haben“, glaubt er (Z. 709 f.). Er vermutet, dass Väter „unauffällig depressiv“ sind oder sich beispielsweise damit behelfen, dass sie „anfangen zu saufen oder zu Nutten gehen oder weiß der Teufel“ (Z. 711 f.). Gerade in solchen belastenden Situationen sind Männer oft nicht zugänglich, „meistens total dicht“ und „(kriegen) erst recht die Zähne nicht auseinander“, beschreibt Herr Schulze seine Erfahrungen (Z. 577 ff.).

In diesen Äußerungen kommt klar zum Ausdruck, dass das „Rollenklischee“ des männlichen Geschlechtsstereotyps den Bewältigungsprozess von Herrn Schulze beeinträchtigt. Er bezeichnet diese Sichtweisen als „überholt“, dennoch scheint es noch fest veran-

kert – in der Gesellschaft und auch in den Männern selbst: „Männer sind das starke Geschlecht“. So hat Herr Schulze das Gefühl, seinen Emotionen keinen Raum geben zu können. Böhnisch und Winter gehen davon aus, dass Männer im Sozialisationsprozess meist den Zugang zu Gefühlen nicht erlernen, wodurch es schließlich in kritischen Lebenssituationen zur Überforderung kommt (vgl. Kapitel 5.6.). Diesen Aspekt greift auch der Vater auf. Gleichzeitig gibt er jedoch an, dass es ihm zudem aufgrund gesellschaftlicher Festschreibungen gar nicht möglich ist, als Mann Schwäche zu zeigen – selbst wenn man den Zugang zu seinen Gefühlen findet. „Das Prinzip des Alleinseins“ oder auch Männer als „lonesome cowboy“, wie es Böhnisch und Winter nennen, scheint also nicht nur typisch für das Verhalten von Vätern zu sein, sondern wird gleichzeitig auch von außen an sie herangetragen. Von Männern wird anscheinend nicht erwartet, dass diese emotional stark belastet sind und ebenso Hilfe brauchen. Gleichzeitig scheinen Männer es aber auch selbst für sich oft nicht zu erkennen. Aus den Schilderungen von Herrn Schulze im Zusammenhang mit den Prinzipien nach Böhnisch und Winter lässt sich ein Kreislauf erkennen, der einen negativen Einfluss auf männliche Bewältigung und Trauer ausübt. So beschreiben die Autoren, dass Männer nicht erlernen, Gefühle zuzulassen, währenddessen Herr Schulze angibt, dass es in der Gesellschaft auch keinen Raum für die Emotionen von Männern gibt. Diese Faktoren bedingen sich gegenseitig, sodass für Männer keine Möglichkeit besteht, aus diesem Kreislauf herauszukommen. Dies bestärkt auch die Wahrnehmung von Herrn Schulze, dass Männer in ihrer Rolle gefangen sind.

Diese Erkenntnis ist sicherlich nicht zu pauschalisieren. So wurde sie auch „nur“ von einem Vater in dieser Art beschrieben. Dennoch ist dies eine sehr bedeutende Thematik hinsichtlich einer gelingenden Bewältigung der Krebserkrankung des Kindes durch die Väter. Vor allem im Umgang mit Vätern lassen sich daraus wichtige Hinweise ziehen – sowohl für das Umfeld der Väter als auch für professionelle Helfer (vgl. Kapitel 9.1.).

7.8. Spezifische Angebote für Väter – Wünsche zwischen Aktion und Konversation

Da die vorliegende Arbeit nicht nur zum Ziel hat, das Erleben der Väter im Zusammenhang mit der Krebserkrankung ihres Kindes zu erforschen, sondern gleichzeitig auch

fokussiert werden soll, ob es Möglichkeiten gibt, Väter im Bewältigungsprozess zu unterstützen, wurde in den Interviews von den Vätern selbst oder durch Nachfragen auch dieses Thema aufgegriffen. Dabei haben sich insbesondere Herr Schulze, Herr Berger und Herr Albrecht sehr konkret zu spezifischen Unterstützungsmöglichkeiten hinsichtlich einer emotionalen Begleitung von Vätern geäußert.

Herr Schulze bringt klar zum Ausdruck, dass es sehr schön wäre, wenn es für Väter eine Begleitung geben würde (vgl. Z. 670 f.). So sagt er, dass Väter „einfach überfordert sind“, die Zähne aber von selbst nicht auseinander kriegen (Z. 671 ff.). „Da hilft ihnen aber auch keiner“, hält er fest und bemerkt gleichzeitig, dass auch er psychologische Hilfe gebraucht hätte (Z. 672 f.). In Bezug auf den Unfall stellt Herr Schulze in den Raum, dass „das vielleicht **alles** nicht nötig gewesen (wäre), wenn jemand auf (ihn) aufgepasst hätte“ (Z. 681 ff.). „Das ist schon so, (...) dass man das selber machen muss“, fügt er hinzu (Z. 683 f.). Als Hilfsangebot wünscht er sich eine „Gesprächsrunde“/eine „Gruppensitzung“ für Väter: „Wo die mal reden können, einmal die Woche, zum Beispiel“ sagt er und äußert zudem, dass er sich da „sicherlich reingehängt“ hätte (Z. 687 ff.).

Dahingegen betont Herr Berger mehrfach, dass er an einer Gesprächsgruppe für Väter krebskranker Kinder nicht interessiert wäre. So sagt er: „was ich **nicht** bedaure, (...), was mir **nicht** fehlt, ist eine, eine Männerselbsthilfegruppe von Krebskranken, also eine Krebsvatiselbsthilfegruppe“ (Z. 812 ff.). Er erzählt, dass sie auch zur Kur „so Betroffenenengruppen, Gesprächskreise, um über die eigene Krankheitsgeschichte zu erzählen“, von sich gewiesen haben (Z. 826 f.). Herr Berger nennt einerseits den Grund, dass ihn die Krankengeschichten nerven und nicht interessieren, „vor allem nicht mehr nach drei Jahren“ (Z. 818). „Wenn man selber jahrelang da drin lebt, dann interessiert einen das nicht mehr“, so der Vater (Z. 822 f.). Andererseits braucht er „kein eigenes Forum“ (Z. 833), da er durch seinen großen Bekanntenkreis sowieso „dauernd, permanent (...) ständig im Gespräch (ist) mit anderen Leuten über Anna“ (Z. 830 ff.). Herr Berger äußert zwar, dass ihm eine Männergruppe in B-Stadt fehlt, sieht aber seine „dahingehenden Bedürfnisse“ nicht durch eine „Krebsvatiselbsthilfegruppe“ befriedigt (Z. 855 f.).

„Das nun gerade nicht“ (Z. 857), „da kann ich gut darauf verzichten“ (Z. 814 f.), „das brauche ich nicht“ (Z. 828), hält er mehrfach fest.

Gleichzeitig äußert er sich jedoch positiv gegenüber Angeboten, welche nicht unter „Gesprächsrunden“ fallen oder den Charakter einer „Krebsvatiselbsthilfegruppe“ haben. Auf den Vorschlag einer Art Väterprojekt, in welchem zunächst primär gemeinsame Aktivitäten von Vätern im Vordergrund stehen, sagt er: „das könnte ich mir eher vorstellen“ und vergleicht dies lachend mit „so einer Art Geschwisterfreizeit für Väter“ (Z. 875 f.).

Auch Herr Albrecht bringt in seinen Äußerungen einen Vorschlag über ein Angebot für Väter ein, welches auf gemeinsamen Aktivitäten basiert. So schlägt der Vater ein Sportangebot vor, wie er es in der Reha-Klinik erlebt hat. „Da haben die Väter abends dann dort Fußball spielen können, Volleyball“, erzählt er (Z. 1478 ff.).

Auffällig dabei ist, dass alle drei Väter auch Bedenken hinsichtlich eines solch spezifischen Angebots für Väter deutlich machen. Beispielsweise zweifelt Herr Albrecht, ob es „Papap nicht noch mehr unter Druck (setzt), dann schon wieder die Zeit zu organisieren“ (Z. 1484 f.), und auch Herrn Berger kommen aufgrund des Zeitproblems Zweifel der Umsetzung. Denn das, was viele Väter krebskranker Kinder seiner Meinung nach gemeinsam haben, ist die fehlende Zeit bzw. dass sie „auf einmal eine große Baustelle in (ihrem) Leben zu viel haben“ (Z. 886 f.). Zeit ist für Herrn Berger „ein Totschlagargument“ (Z. 882), wenn es darum geht, die „Krebsvatis“ für spezifische Väterangebote zu organisieren. Da Väter keinen Spielraum haben, vermutet er, dass dies „solchen Bestrebungen, die Vatis zu organisieren, auch brutale Grenzen setzen (wird)“ (Z. 883 f.). Gleichzeitig wirft er die Bedenken ein, dass er diese Zeit „ja dann wiederum der Familie abziehen (müsste)“ (Z. 888) und zusätzlich eine Betreuung der Geschwisterkinder zu organisieren wäre. Herr Berger fragt: „Wer kümmert sich denn dann um meine großen Kinder?“, „Haben Sie dann ein Parallelangebot bitte schön dann auch?“ (Z. 910 ff.). Auch wenn Herr Berger durchaus Interesse an einem Treffen hätte, sieht er dadurch zunächst „eine neue Baustelle“ auf sich zukommen (Z. 891 f.). Zudem bringt er neben dem Zeitproblem weitere Bedenken ins Spiel, indem er infrage stellt, warum er sich

ausgerechnet mit den anderen Vätern alle zwei Wochen treffen sollte. Die betroffenen Familien sind „völlig bunt zusammengewürfelt“, sodass ihn „im normalen Leben von Ausnahmen (...) abgesehen“ mit den Familien „nix verbindet“, erklärt Herr Berger (Z. 865 ff.). Demnach definiert er eine Gruppe von Vätern krebskranker Kinder als „keine echte Interessengemeinschaft“ (Z. 860), sondern als eine „Notgemeinschaft“ (Z. 860 f.), denn es „ist ja ein blanker Zufall, dass nun gerade unsere Kinder krank sind“ (Z. 869), verdeutlicht Herr Berger seine Auffassung. Auch Herr Schulze äußert sich dahingehend und sagt, dass man solche Kontakte nicht einfach „initiiieren“ kann, sondern dass „halt auch schon wirklich von sich aus Interesse da sein (muss)“ (Z. 600 f.). „Es muss einfach leben“, verdeutlicht er (Z. 601). Als weitere Schwierigkeit eines Angebots für Väter sieht er, dass Väter meist gar nicht reden können, meistens „total dicht“ sind und „gerade, wenn sie belastet sind, (...) erst recht die Zähne nicht auseinander kriegen“ (Z. 577 f.).

In diesen Erzählungen wird ein Bedarf der Väter an Hilfsangeboten deutlich, auch wenn sich dieser in unterschiedlichen Vorstellungen zwischen „Aktion“ und „Konversation“ äußert. Der Aspekt väterspezifischer Angebote wird in dem Kapitel über praktische Konsequenzen dieser Forschung (9.1.) noch einmal aufgegriffen.

8. Die Ergebnisse im Überblick

Da die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse aufgrund der zahlreich herausgefilterten Konstrukte, welche jeweils mit den Aussagen der Väter unterlegt und diskutiert worden sind, sehr umfangreich ist, sollen im folgenden Kapitel noch einmal die gesamten Ergebnisse zusammengefasst werden. Dabei wird nicht mehr das Erleben der einzelnen Väter im Vordergrund stehen, sondern vielmehr herausgearbeitet werden, welche allgemeinen Aussagen sich aus dieser Darstellung für das vorliegende Forschungsinteresse ergeben. Die Ergebnisse erheben dabei aufgrund der geringen Anzahl der Interviews keinen Anspruch auf Repräsentativität (vgl. Kapitel 6.3.), sondern geben lediglich einen Ausschnitt aus dem „Erleben“ von vier Vätern wieder, deren Kinder an Krebs erkrankt sind.

„Aber es geht ja nur mit Kampf...“

Im Umgang mit der Krebserkrankung wird bei allen Interviewten ein Kampf erleben deutlich. Wenn das eigene Kind an Krebs erkrankt, werden Väter mit einer Kampfsituation konfrontiert, bei der sie, wie es scheint, keine Möglichkeit haben, sich zu entziehen. Es wird erforderlich, sich dem Gegner „Krebs“ zu stellen, wobei die Macht des Gegners unterschiedlich wahrgenommen wird. Werden die eigenen Kräfte und Mittel so eingeschätzt, dass eine Chance besteht, den Kampf zu gewinnen, so kann dem Krebs herausfordernd gegenüber getreten werden. Damit einher geht eine gewisse Kontrolle über die Situation. Wird der Gegner „Krebs“ hingegen als unkontrollierbare, bedrohliche Gefahr wahrgenommen, ist es nicht möglich, sich diesem aktiv zu stellen, was den Umgang mit der Erkrankung massiv erschwert. Diese Einschätzung der Krebserkrankung hat einen bedeutenden Einfluss auf das Befinden von Vätern, wobei positive Bewertungen zu einem besseren Befinden beitragen. Zusätzlich spielen die als hilfreich wahrgenommenen Ressourcen der Väter im Kampf gegen die Krebserkrankung eine entscheidende Rolle. Neben individuellen Ressourcen, wie die Stabilität der Psyche, familiären und sozialen Ressourcen hat auch die Energieressource „Zeit“ (vgl. Ressourcenklassifikation Hobfoll Kapitel 5.4.) erheblichen Einfluss auf den Umgang mit der Erkrankung. Ersichtlich wird, dass die Zeit, welche den Vätern für sich bleibt, durch die Krebserkrankung so sehr eingeschränkt wird, sodass eigene Bedürfnisse häufig massiv in den Hintergrund rücken. Gleichzeitig sind sich die Väter im Klaren darüber, dass sie sich dennoch bewusst Auszeiten im Kampf nehmen müssen, um Energie zu sammeln, ihre eigene Stabilität aufrechtzuerhalten und damit den Kampf weiter bestreiten zu können. Diese Auszeiten äußern sich vor allem in Momenten, in denen die Väter für sich sind und einem spezifischen Hobby nachgehen können. Dabei scheint Sport eine wichtige Rolle in der Verarbeitung der Situation einzunehmen. Die Möglichkeiten, solche Freiräume wahrzunehmen, werden jedoch als sehr unterschiedlich beschrieben, was sich wiederum auf die Kräfte der Väter im Kampf gegen den Krebs auswirkt.

Dieser Kampf scheint solange anzuhalten, wie Väter mit der „Akutsituation Krebserkrankung“ konfrontiert sind und sich ihre Kinder in Behandlung befinden. In der vorliegenden Forschung spricht allein der Vater von einem Ende des Kampfes, dessen Kind

an der Krebserkrankung verstorben ist. Gleichzeitig wird deutlich, dass der Kampf dennoch von dem Kind und seiner Familie gewonnen wurde („Lukas hat es jetzt geschafft“), da der Tod für alle Erleichterung und Entlastung nach einer langjährigen Erkrankungszeit brachte, welche von immer wiederkehrender Angst und Ungewissheit geprägt war. Hinzu kommt der Glaube, dass der Sohn auf irgendeine Art und Weise weiterlebt, der Krebs mit all seinen Qualen jedoch mit dem Tod ausgelöscht und besiegt wurde. Daraus lässt sich schließen, dass der Sieg des Kampfes mit der Krebserkrankung nicht immer darin bestehen muss, dass das Kind gesund wird. Auch im Tod kann unter bestimmten Umständen der Gewinn liegen.

Die Lebensumstände der Väter unter dem Einfluss der Krebserkrankung

Die Lebensbereiche, welche von den Vätern in den Interviews aufgegriffen wurden, fokussieren insbesondere die Themen: Diagnose der Krebserkrankung des Kindes, die innerfamiliäre Aufgabenteilung, die Beziehung der Eltern, der Klinikalltag sowie die Auseinandersetzung mit der Zukunft der Kinder und die damit verbundenen Perspektiven der Väter.

Der Moment der Diagnose wird von den Vätern als ein sehr prägendes und erschütterndes Ereignis mit zerstörerischer Kraft beschrieben. Das bisherige Leben gerät völlig aus den Fugen, herausgerissen aus der Sicherheit gebenden Normalität brechen Welten zusammen. Es wird deutlich, dass die Diagnose den Beginn des Kampfes darstellt. Völlig unerwartet und mit immenser Wucht tritt der Gegner „Krebs“ in das Leben der Väter, sodass ein reflexartiges Handeln notwendig wird, um die Situation überhaupt zu überstehen. Damit einher geht ein Schockzustand, dessen Auswirkung und Dauer die Väter sehr unterschiedlich erleben.

Auch die Aufgabenteilung der Eltern ist ein zentrales Thema in den Interviews. Dabei werden zwei verschiedene Wege deutlich. Einerseits eine geschlechtsspezifische Verteilung der Aufgaben, bei welcher Väter die Rahmenbedingungen absichern und sich darum kümmern, dass ihre Frauen und das erkrankte Kind bestmöglich versorgt sind, während die Mütter direkt am erkrankten Kind sind. Andere Väter berichten, dass sie

sich als Eltern die Betreuung des kranken Kindes geteilt haben, wenn auch nicht immer zu gleichen Teilen, da die Väter zusätzlich weiterhin ihrem Beruf nachgingen. Die Abwechslung bei der Krankenbetreuung wird von den Vätern sowohl gewinnbringend als auch erschwerend erlebt, wobei jedoch die positiven Aspekte überwiegen. So kann dies neben den anderen Verantwortungsbereichen der Väter eine zusätzliche Belastung darstellen. Gleichzeitig wird es auch als Möglichkeit beschrieben, sich vom stressigen Job zu erholen, die eigene Frau zu entlasten und zudem Zeit mit dem erkrankten Kind zu verbringen. Außerdem ermöglicht die Abwechslung den Eltern neue Energie zu sammeln, was als große Ressource im Umgang mit der Situation erlebt wird. Neben dem Absichern der Rahmenbedingungen und der zeitweisen Betreuung des erkrankten Kindes beschreiben die Väter auch, stärker als sonst für die Betreuung der Geschwisterkinder gesorgt zu haben. Diese häufig sehr einseitige Betreuung empfanden die Väter für die Kinder als schwierig, aber auch für sie selbst stellte dies teilweise eine zusätzliche Belastung dar, welche jedoch mit zunehmender Selbstständigkeit der Kinder abnimmt. Neben diesen Aufgaben ist die Mehrzahl der interviewten Väter während der Erkrankungszeit ihrer Kinder weiter zur Arbeit gegangen. Auffällig ist dabei die Ambivalenz im Erleben zwischen Be- und Entlastung. Der Beruf wird von den Vätern als eine wichtige Ressource im Bewältigungsprozess beschrieben. Während bei den Müttern das „normale Leben“ durch die Erkrankung des Kindes meist vollkommen aus den Fugen gerät, erleben die Väter ihre Arbeit als ein dankbares Stück Normalität in dieser Ausnahmesituation. Gleichzeitig ermöglicht ihnen die Arbeit, für die anderen Verantwortungsbereiche Energie zu sammeln. So wird nicht nur die Krankenbetreuung als Ausgleich zum Beruf, sondern auch der Beruf als angenehmer Ausgleich zur Krankenbetreuung beschrieben. Entlastung, Abwechslung, Normalität, Energiequelle – Ressourcen, welche sich positiv auf den Bewältigungsprozess von Vätern auswirken könnten, wenn sie nicht häufig mit Konflikten in der Arbeitsstelle konfrontiert wären, die sich aus der Krankheitssituation des Kindes ergeben. Durch mangelnde Kulanz und unverständliche Reaktionen der Arbeitgeber entstehen für Väter unnötige Belastungen, welche eine gelingende Bewältigung sichtbar erschweren. Hinzu kommt die Erfahrung, dass das berufliche Umfeld auf Distanz geht – beispielsweise um den Vater vor Überlastung zu schützen – was jedoch von den Vätern selbst als negativ erlebt wird, da ihr

Beruf für sie in der gesamten Ausnahmesituation eine stabilisierende, normalitätserhaltende Wirkung hat.

Für die elterliche Beziehung wird die Krebserkrankung des Kindes von den Vätern einerseits als Belastungsprobe erlebt, da das erkrankte Kind meist permanent im Zentrum steht und die Eltern zudem häufig kaum noch gemeinsame Zeit miteinander verbringen können. Andererseits heben die Väter Gewinne hervor, welche aus der gemeinsamen Bewältigung des kritischen Lebensereignisses resultieren. Deutlich wird, dass die Beziehung zwischen Mutter und Vater reift und sich vertieft, sofern die Eltern ähnliche Gefühlserlebnisse haben bzw. sich über einen unterschiedlichen Umgang bewusst sind und hierfür Verständnis aufbringen. Ansonsten kann es unter Umständen zu erheblichen Problemen kommen. Im Großen und Ganzen geben die Väter an, zu glauben, dass sich diese Probleme im Laufe der Zeit wieder auflösen, währenddessen die Gewinne für die Partnerschaft und die Familie bestehen bleiben, sodass die Krebserkrankung des Kindes langfristig gesehen den Zusammenhalt stärkt.

Weiterhin wurde von den Vätern der Klinikalltag thematisiert, in dessen Erleben ebenfalls eine Ambivalenz erkennbar ist. Einerseits wird die Station als „Abteilung Grusel und Grauen“ beschrieben, auf der man dem „Wahnsinn“ begegnet. Andererseits kommt zum Ausdruck, dass man sich auch sehr schnell daran gewöhnt und diese Erfahrungen zum Alltag werden, sodass die Väter schließlich sogar von einer familiären Atmosphäre sprechen, in der sie sich „fast schon zu Hause“ fühlen. Hinzu kommt die Tatsache, dass Väter dort auf andere betroffene Eltern treffen, was mitunter als sehr bedeutend für die Verarbeitung der Situation beschrieben wird.

Auch Zukunftsperspektiven sind für Väter ein zentrales Thema, mit welchem sie sich auseinandersetzen. Zunächst werden mit der Diagnose „Krebs“ die Lebenspläne einer Familie vollkommen durcheinandergebracht. Alles muss um die Krankheit herum organisiert werden, ein „totaler Kurswechsel“ wird notwendig. Gleichzeitig ist mit einer Krebserkrankung eine permanente Ungewissheit verbunden, in welche Richtung sich die Krankheitssituation entwickelt. Die Väter beschäftigen sich mit Fragen, wie sich diese Erfahrungen langfristig auf sie selbst auswirken, wie lange man einen solchen

Ausnahmestand durchhalten kann und wie man in den verschiedensten Fällen bis hin zum Tod des eigenen Kindes reagiert. So sind durch die ungewisse Zukunft der Kinder auch die Perspektiven der Väter nicht einzuschätzen. Allein der Vater, dessen Kind an der Krebserkrankung verstorben ist, spricht von einer befreienden, erleichternden Gewissheit, da die permanente Angst und Unsicherheit nun hinter ihm liegt.

Als letzten Themenbereich reflektieren die Väter die Veränderungen ihres Lebens- und Wertekonzepts, welche durch die Krebserkrankung ihres Kindes hervorgerufen wurden. Dabei wird deutlich, dass diese „Erfahrungen von Krise“ für Väter auch sehr positive Effekte in Form einer anderen Qualität des eigenen Lebens mit sich bringen. Sie berichten davon, dass ihr Leben durch die Erkrankungssituation mehr Klarheit bekommt. Die Konfrontation mit einem solch existenziellen Thema ermöglicht ihnen, viel besser zu wissen, welche Werte ihnen wichtig sind und viel mehr zu schätzen, was sie in ihrem Leben haben. So beschreiben die Väter, dass sie nun viel intensiver und bewusster leben. Dass unnötige Gedanken und Handlungen dabei oft radikal in den Hintergrund rücken, wird einerseits als Gewinn betrachtet. Nimmt diese Radikalisierung jedoch überhand und beeinträchtigt damit die Lebensqualität und zudem soziale Beziehungen, so kommen die positiven Aspekte nicht mehr zum Tragen. Aus dem intensiveren Leben kann ein eingeschränktes, radikalisiertes Leben werden.

Die Bewältigung der Krebserkrankung

In den Erzählungen, wie Väter die Krebserkrankung ihres Kindes erleben und damit umgehen, werden sehr häufig zwei spezifische Formen der Bewältigung ersichtlich – das Anpassen an die Situation aus der Tatsache heraus, dass an ihr nichts zu ändern ist, und gleichzeitig das Hervorheben der positiven Aspekte dieser Situation, womit negative Aspekte in den Hintergrund rücken. Diese beiden Bewältigungsformen scheinen sehr zentral und hilfreich im Umgang mit der Krebserkrankung zu sein. Insgesamt werden bei den Vätern aber eine Menge verschiedener Reaktionsformen bzw. situationspezifischer Ressourcen deutlich, welche den Bewältigungsprozess prägen. Dabei sind insbesondere die Hoffnung und der Optimismus grundlegend. Hinzu kommen:

- Das Vertrauen in die Arbeit der Ärzte/Ärztinnen
- Die Motivation durch Werte und Prognosen
- Das bewusste Einfordern von/Aktives Arbeiten mit Ressourcen
- Das aktive Planen und Organisieren
- Das Setzen und Verfolgen eines Ziels
- Das Organisieren von Dingen, welche dem Kind Glück bereiten
- Der Vergleich mit anderen bzw. das Bewusstsein, dass es auch schlimmer sein könnte
- Die Nutzenorientierung/der „ökonomische Blick“
- Die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit (im Alltag)
- Die Gewöhnung an die Situation/die Akzeptanz des „Schicksals“
- Eigene Erfahrungen mit Krankheit, welche Mut und Kraft geben
- Die Chance, sich mit dem möglichen Tod des Kindes im Vorfeld auseinandersetzen zu können
- Die Vorstellung, dass das verstorbene Kind (in Gedanken) weiterlebt
- Die Fröhlichkeit des Kindes, welche tröstet und motiviert
- Humor

Neben diesen sehr individuellen Ressourcen, auf welche die Väter im Umgang mit der Krebserkrankung zurückgreifen, um die Situation zu bewältigen, wird auch die Bedeutung sozialer Ressourcen in Form von „Unterstützung von außen“ sehr deutlich. Dabei ist vor allem im familiären und freundschaftlichen Umfeld eine Ambivalenz zu spüren aus offensiver Unterstützung und Rückzug, wobei sich wahre Beziehungen etablieren, während andere wegfallen. An der familiären und freundschaftlichen Unterstützung schätzen die Väter vor allem die Möglichkeit, über Gefühle, Ängste und Erfahrungen sprechen zu können und Emotionen aufzufangen zu wissen. Gleichzeitig werden auch aktive Unterstützungsleistungen im Alltag, wie die Übernahme der Geschwisterbetreuung oder des Einkaufs mit großer Dankbarkeit als sehr entlastend und hilfreich beschrieben. Hinzu kommen Hilfen, welche durch Institutionen angeboten werden. Neben finanziellen Zuwendungen wurden auch hier die Erleichterung verschaffenden Unterstützungsleistungen zur Bewältigung des Alltags als sehr wertvoll eingeschätzt (z.B. Putzhilfe, Kindermädchen etc.). Gleichzeitig äußern die Väter einen Bedarf an

spezifischen Hilfsangeboten, welche sie sich zur Entlastung zusätzlich wünschen würden (z.B. Haushaltshilfe, bessere sozialrechtliche/psychologische Betreuung, Ablösung bei der Krankenbetreuung etc.). Eine weitere mögliche soziale Ressource im Umgang mit der Krebserkrankung ist der Austausch mit anderen betroffenen Eltern/Vätern. Insbesondere die Kontaktaufnahme zu anderen Vätern wird jedoch aus verschiedenen Gründen als schwierig empfunden: erstens sind Väter viel weniger als Mütter auf der kideronkologischen Station anzutreffen, zweitens werden Väter als schwer zugänglich und „total dicht“ erlebt, wenn es darum geht, sich über belastende Ereignisse auszutauschen, und drittens finden Väter die wenigsten Väter der kideronkologischen Station als Gesprächspartner interessant, da neben der Erkrankung des Kindes häufig kaum weitere Gemeinsamkeiten bestehen. Dennoch werden auch zwei sehr hilfreiche Aspekte im Austausch mit anderen betroffenen Eltern hervorgehoben: einerseits der reine Informationsaustausch und andererseits die Tatsache, dass man in anderen Eltern „Leidensgenossen“ findet, welche die Situation sehr gut nachvollziehen können und gegenseitig verstehen, was sie bewegt. Auch die Möglichkeit, sich im Kontakt mit anderen reflektieren zu können, weil man mit Abstand sieht, wie man selbst in den Situationen reagiert (hat), wird als sehr bedeutend und wertvoll beschrieben.

Neben den hilfreichen Aspekten, welche zu einer gelingenden Bewältigung der Väter beitragen, wurde auch insbesondere von einem Vater eine Tatsache thematisiert, die er als sehr hinderlich im Bewältigungsprozess erlebt – die Gefangenschaft in der Rolle des Mannes. „Männer müssen stark sein, Männer dürfen nicht schwächeln“ – ein überholtes Rollenklischee, welches männlichen Emotionen, Gefühlen und Trauer keinen Raum lässt.

Auf der Suche nach Möglichkeiten, einen gelingenden Bewältigungsprozess der Väter zu fördern und zu unterstützen, wurde in der vorliegenden Forschungsarbeit ein Bedarf an väterspezifischen Angeboten deutlich, deren mögliche praktische Umsetzung im nächsten Kapitel zur Diskussion steht. Außerdem wird die Auseinandersetzung mit weiterführenden Forschungsideen geführt.

9. Weiterführende Betrachtungen

9.1. Konsequenzen für die Praxis

Bei der Ergebnisdarstellung ließ sich eine Vielzahl von Belastungen erkennen, mit denen Väter in der Zeit der Krebserkrankung ihres Kindes konfrontiert sind. Es wurden vielfältige Formen der Bewältigung der Väter im Umgang mit der Situation ersichtlich, wobei gleichzeitig einzelne Aspekte auch auf einen erschwerten Bewältigungsprozess hindeuteten. Aufbauend auf diesen Ergebnissen steht nun zur Diskussion, welche Möglichkeiten bestehen, Väter zu unterstützen, um so zu einem positiven Verlauf der Bewältigung beizutragen.

Eine grundlegende Erkenntnis dieser Forschungsarbeit ist die Tatsache, dass der Bewältigungsprozess maßgeblich von der Art der Bewertung der Krebserkrankung geprägt wird (vgl. Kapitel 7.2. und 7.3.). Väter, welche dieses kritische Lebensereignis als Herausforderung sehen, die durchaus zu bewältigen ist, tragen den Kampf mit der Krebserkrankung leichter, als wenn die Situation als eine Bedrohung wahrgenommen wird, welcher man nicht Herr zu werden scheint. Dass diesen Umstand auch Lazarus im kognitiv transaktionalen Modell der Stressbewältigung theoretisch erläutert, wurde bereits mehrfach aufgegriffen. Praktische Relevanz erhält die darin verankerte Grundannahme vor allem in Konzepten der kognitiven Verhaltenstherapie. So hebt beispielsweise Beck (1971, 1980 zit. nach Kriz 2007, S. 136) in seinem Ansatz hervor, „dass es nicht so sehr die Dinge selbst sind, auf die ein Mensch reagiert, sondern seine speziellen Wahrnehmungen und die Interpretationen, mit denen er Objekte mit speziellen Bedeutungen versieht und dann gefühlsmäßig darauf reagiert“. Die Bewertung läuft dabei meist unbewusst bzw. automatisch ab (vgl. ebd.). Das Bestreben der kognitiven Therapie nach Beck ist demnach, die im Bewertungsprozess relevanten, belastenden Kognitionen ins Bewusstsein zu rufen und gezielt andere, dem eigenen Wohlbefinden zuträglichere Bewertungsmöglichkeiten zu entwickeln (vgl. ebd., S. 137). Für die spezifische Arbeit mit Vätern ließe sich daraus ein Ansatz ableiten, in welchem mit Vätern bei Bedarf gemeinsam die Wahrnehmung der Krise „Krebserkrankung“ erarbeitet wird und gegebenenfalls differenzierte Blickwinkel entwickelt werden, um so einen förderlichen,

gelingenden Bewältigungsprozess zu ermöglichen – denn wenn sich negative Kognitionen zu positiveren Sichtweisen wandeln, ruft dies wiederum Veränderungen im Erleben der Situation hervor (vgl. ebd.).

Ein weiterer Aspekt, welcher als Hindernis im Bewältigungsprozess erkennbar wurde, ist ein gesellschaftlich verankertes Geschlechtsstereotyp, welches vermittelt, dass Männer „das Kreuz durchzudrücken haben“ (vgl. Kapitel 7.7.). Damit einher geht die Tatsache, dass Väter krebskranker Kinder teilweise nicht in dem Maße als belastet wahrgenommen werden, wie es eigentlich vonnöten wäre. Nicht nur von außen wird an Väter die Erwartung von Stärke herangetragen, häufig gestehen sie sich auch selbst wenig Schwächen zu. Die Konflikte, welche sich aus diesem Kreislauf ergeben, wurden bereits in Kapitel 7.7. erörtert. Bleibt die Frage, welche Möglichkeiten bestehen, in diesen Prozess einzugreifen und solch negative Entwicklungen aufzubrechen. In erster Linie scheint es insbesondere für das Umfeld und ebenso für professionelle HelferInnen sehr bedeutsam zu sein, sich über möglicherweise (unbewusst) verinnerlichte männliche Rollenklischees bewusst zu werden. So kann zunächst verhindert werden, dass sich Väter durch die an sie herangetragenen Rollenerwartungen noch mehr unter Druck gesetzt fühlen. Gleichzeitig sollte versucht werden, zu vermitteln bzw. gemeinsam mit Vätern zu erarbeiten, dass es auch für Männer keine Schwäche darstellt, Gefühle zuzulassen und ihnen Ausdruck zu verleihen. Durch diese Änderungen auf beiden Seiten ließe sich dem Ziel einer gelingenden Bewältigung näher kommen, sofern diese durch etwaige stereotype Rollenzuschreibungen beeinträchtigt ist. Zugleich muss man sich eingestehen, dass gesellschaftlich verankerte Rollenzuschreibungen nicht von heute auf morgen aufgehoben werden können, sondern sich diese Einstellungsänderungen nach und nach vollziehen. Dass in diesem Bereich ein Prozess der Veränderung bereits eingesetzt hat, ist an der sich wandelnden Vaterrolle (vgl. Kapitel 4.1.) sowie der steigenden Zahl an Studien über Väter im Bereich der Bewältigungs- und Trauerforschung (vgl. Kapitel 4.3. ff.) zu erkennen.

In den Interviews kam zudem in spezifischen Aussagen ein eindeutiger Bedarf der Väter nach Hilfe und Unterstützung zum Ausdruck, welcher bisher aber scheinbar nicht wahrgenommen wurde. Am deutlichsten wurde dieser Aspekt bei Herrn Schulze. So sagt er,

dass Väter in solch belastenden Situationen „meistens total dicht sind“ und „die Zähne nicht auseinanderkriegen“ (vgl. Z. 577 ff.), was wiederum zur Folge hat, dass sie „unauffällig depressiv“ (Z. 710) sind. Außerdem gibt er an, dass „Männer unheimlich viel auszuhalten (haben) in der Zeit“, wobei sie „wenig darauf vorbereitet sind“ (Z. 712 f.). „Dabei hilft ihnen aber auch keiner“, musste er feststellen (Z. 672 f.).

„Dabei hilft ihnen aber auch keiner“ – dieser Satz ist das Stichwort, welches die Notwendigkeit praktischer Konsequenzen auf den Punkt bringt. Alle eben beschriebenen Aspekte, welche aus den Interviews als Hindernisse im Bewältigungsprozess hervorgehen und aus denen sich Möglichkeiten entwickeln lassen, Väter in einer gelingenden Bewältigung zu unterstützen, setzen eine gezielte Kontaktaufnahme voraus. Doch welche Möglichkeiten eröffnet die Praxis, mit Vätern in Kontakt zu treten? Neben konkreten Einzelgesprächen können insbesondere auch Gruppenangebote eine Möglichkeit darstellen, zwischen professionellen HelferInnen und Vätern, aber auch zwischen Vätern untereinander Brücken zu schlagen. Die Väter der vorliegenden Forschungsarbeit haben in den Interviews selbst konkrete Äußerungen zu möglichen väterspezifischen Angeboten gemacht, welche sich zwischen Gesprächsrunden und gemeinsamen sportlichen Aktivitäten bewegten (vgl. Kapitel 7.8.). Wirft man einen Blick auf das Spektrum von Angeboten, welche es in Deutschland für Väter krebskranker Kinder bereits gibt, spiegeln sich genau diese Variationen aus Aktion und Konversation wider. An drei Beispielen sollen im Folgenden die Ziele solcher Angebote exemplarisch verdeutlicht werden.

In Dresden wurde im Herbst dieses Jahres im Rahmen des „Brückenprojektes“ des Universitätsklinikums „Carl Gustav Carus“ unter der Leitung von Klaus-Herbert Kinast eine Gesprächsgruppe für Väter mit einem Kind in Palliativsituation/eine Väter-Trauergruppe initiiert. Auch wenn sich dieses Angebot speziell an Väter mit einem Kind in Palliativsituation richtet, so wird in dessen Konzeption der Hintergrund allgemeiner Angebote für Väter mit einem krebskranken Kind sehr deutlich. Um einen Einblick zu erhalten, welche Motivation und Zielstellung hinter einem solchen Gesprächsangebot steht, soll an dieser Stelle exemplarisch ein Ausschnitt aus der Konzeption des Projektes wiedergegeben werden:

„Für Eltern ist die lebensverkürzende Erkrankung ihres Kindes eine Extremsituation, der sie nicht ausweichen können, die sie aber in irgendeiner Weise `bewältigen` müssen. Mit dieser Situation umzugehen bzw. mit ihr leben zu lernen stellt die gesamte Familie vor bis dahin unbekannte Fragen, Probleme und Aufgaben vielfältigster Art. Eine fundierte medizinische und pflegerische Palliativversorgung des erkrankten Kindes steht zunächst im Vordergrund. Ist diese Versorgung gewährleistet, rücken Fragen und Probleme psychosozialer Art ins Blickfeld. Diese anzusprechen und Unterstützung in der Bewältigung zu erfahren, gelingt Müttern in der Regel schneller und auch besser, da die meisten von ihnen in dieser Situation auf ein tragfestes Netz an Sozialkontakten bauen können. Sie finden zudem auch im professionellen Sektor relativ schnell Ansprechpartner/innen, wie Ärztinnen/Ärzte, Kinderkrankenschwestern/pfleger, Sozialarbeiter/innen. Väter sehen sich von dieser Situation oftmals emotional überrollt, können kaum artikulieren, wie es ihnen damit geht und finden in bestehenden Sozialkontakten selten den Raum und den Halt, den sie jetzt eigentlich bräuchten. Auf männliche Bezugspersonen und Ansprechpartner treffen Väter im Feld der Kinderpalliativversorgung selten. Der Austausch mit der eigenen Frau ist die Basis, die Situation gemeinsam bewältigen zu können. Die Partnerin ist jedoch durch die eigene Belastung oft nicht in der Lage, auf die Belange ihres Mannes einzugehen, sie bräuchte selbst Unterstützung von ihm. Als Ansprechpartnerinnen sind weibliche Bezugspersonen für Männer oft sehr hilfreich, aber nicht immer und nicht in allen Fragestellungen. Viele Väter haben den Wunsch, mit einem Mann oder mit Gleichbetroffenen zu reden, das ist jedoch oft nicht möglich. Hinzu kommt, dass Väter leider immer wieder die Erfahrung machen, dass die Mehrzahl der bisherigen Freunde von der Situation überfordert ist und sich zurückzieht. An dieser Stelle soll das Angebot einer Gruppe für Väter mit einem Kind in Palliativsituation bzw. eine Vätertrauergruppe greifen.“ (Kinast 2010, Konzeption)

Dieser Einblick in die Konzeption der „Gruppe für Väter mit einem Kind in Palliativsituation“ in Dresden verdeutlicht die Beweggründe und Zielstellungen, welche hinter dem Angebot einer „Vätergesprächsgruppe“ stehen. Eine andere Art Angebot für Väter krebskranker Kinder bieten beispielsweise der „Förderkreis für krebskranke Kinder und Jugendliche e.V.“ in Kiel sowie der „Deutsche Kinderhospizverein e.V.“. Beide Vereine laden Väter jährlich zu einem Segeltörn ein, bei welchem auf der Basis der gemeinsa-

men Aktivität des Segelns die Möglichkeit geschaffen werden soll, Väter in Kontakt zu bringen und bei Bedarf einen Austausch anzuregen. „Die Segeltour bietet Vätern lebensverkürzend erkrankter und/oder gestorbener Kinder die Möglichkeit, ein Wochenende auf einem Segler zu verbringen, sich in Ruhe miteinander auszutauschen, aktiv zu sein oder einfach nur vom Alltag zu erholen“, beschreibt der „Deutsche Kinderhospizverein e.V.“ (2010) die Absichten dieses Projekts. Steffen Lüsse (2008), ein betroffener Vater, welcher über den „Förderkreis für krebskranke Kinder und Jugendliche e.V.“ in Kiel eine solche Segeltour miterlebte, schildert sein Erleben wie folgt: „Die Bekanntschaft zu Vätern, in deren Familien sich ähnliche oder schwerere Schicksale als in meiner eigenen Familie zutrug, führte zu einem Erfahrungsaustausch, der die eigene Situation ins rechte Licht rückt und das Leben zukunftsorientiert anpacken lässt“. Dieses Zitat spiegelt ebenfalls die Bedeutung solcher Projekte wider.

Diese drei Beispiele sollen einen Einblick in eine Vielzahl von Möglichkeiten geben, wie spezifische Angebote für Väter gestaltet werden können, um eine bedarfsgerechte Unterstützung anzubieten. Letztlich liegt es an den individuellen Bedürfnissen der Väter, welche Art Angebot diesen gerecht wird.

Während der Entstehungszeit dieser Diplomarbeit wurde außerdem ein seitens der „Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e.V.“ bereits seit längerem geplantes und durch die Ergebnisse der Interviews bestätigtes Vätertreffen initiiert, welches in Form eines Kletterabends in einer Kletterhalle stattfand. Entgegen der in den Interviews geäußerten Bedenken bezüglich der Schwierigkeiten, Väter zu organisieren, wurde das erste Treffen gut angenommen. Ein Vater berichtet:

„Das erste Treffen war ein Erfolg insofern, als es von, ich glaube, 7 Vätern wahrgenommen wurde. (...) Nachher beim Bier (...) kam es dann (...) auch zu Gesprächen, die über das Klettern hinaus gingen, sich aber auch nicht die ganze Zeit um Krebs drehten. Das war mehr im Hintergrund als Wissen umeinander präsent. So wussten alle, auch wenn sie sich nicht kannten, dass sie was gemeinsam haben, und man konnte recht unvermittelt drauflos reden. Eine Vertrautheit mit der Gefühlslage der anderen, vorwie-

gend Unbekannten und somit eine geringere Hemmschwelle im Umgang waren damit gegeben.“ (Herr Schulze)

In dieser Aussage kommt der Hintergrund des Angebots zum Ausdruck, über die Aktivität des Kletterns mit Vätern in Kontakt zu treten und Väter untereinander in Kontakt zu bringen, da dieser, wie in den Interviews deutlich wurde, in der Klinik kaum zustande kommt. Sowohl in den für die Auswertung genutzten Interviews als auch in den anderen für diese Arbeit geführten Interviews (vgl. Sampling Kapitel 6.3.) wurde deutlich, dass die Mehrzahl der Väter vor dem Angebot einer Gesprächsgruppe zunächst zurückschreckte, während der Vorschlag des Sportangebots weitestgehend positiv aufgenommen wurde:

„Eine Gesprächsrunde. [lacht] Naja, ich wüsste nicht, ob ich mich da vor anderen so äußern würde. Das ist nicht so mein Ding. Ich bin da, [...] also wenn, unterhalte ich mich wie gesagt mit meiner Lebensgefährtin darüber oder jetzt hier wirklich hier mit vielleicht einem guten Freund oder so. Aber jetzt hier so, dass ich mich dann so da offenbare, so ist das nicht, eigentlich nicht.“ (Michael Schneider)

„Äh, ich glaube, da sind Männer, die sind dort, glaube ich, für so eine Gesprächsrunde nicht geeignet. Also ich sowieso nicht und, ähm, andere wahrscheinlich auch nicht. Ähm, ich denke, dass sind eher die Frauen, die dann dort so einen Kommunikationsbedarf haben oder so. Ich glaube, Männer würden dann dasitzen, da würde nicht viel dabei rumkommen. Denke ich persönlich.“ (Steffen Ullrich)

„So Aktivitäten? Ja, das könnte ich mir eher vorstellen (...) als so eine Gesprächsrunde. Denn das ist ja ähnlich, wie wenn man jetzt zu so einer Familienfreizeit fährt, wie wir das gelegentlich gemacht haben, ähm, dann ist das ja sowas ähnliches, ne, dass man dann irgendwelche Aktivitäten zusammen macht, dass man da was unternimmt. Und das, denke ich mal, das, das kommt gut, ne. Das, das passt.“ (Steffen Ullrich)

„Das könnte ich mir eher vorstellen. Also so, praktisch so eine Art Geschwisterfreizeit für Väter.“ (Martin Berger)

„Ja, das könnte ich mir vielleicht eher vorstellen sowas. (...) Das könnte ich mir eher vorstellen, ja. (...)“ (Michael Schneider)

Diese beispielhaften Aussagen lassen die Annahme zu, dass es sich für die Planung eines Väterprojektes eignet, zunächst mit einem „aktiven“ Angebot zu beginnen und so eine Vielzahl von Vätern anzusprechen und zu gewinnen. Daraus eröffnet sich schließlich langfristig gesehen die Möglichkeit, die spezifischen Bedürfnisse der Väter zu erarbeiten und so über das ursprüngliche Angebot hinaus bei Bedarf noch andere, den individuellen Bedürfnissen angepasste Angebotsmöglichkeiten zu entwickeln. So wäre es beispielsweise denkbar, dass sich aus dieser Gruppe Väter, welche sich zu gemeinsamen Aktivitäten trifft, Väter finden, welche ihren Bedarf an Unterstützung eher in einer reinen Gesprächsrunde erfüllt sähen, sodass sich daraus möglicherweise auch der Aufbau eines solchen Angebots ergibt.

Mit dem jetzigen Angebot des Väterkletterns der „Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e.V.“ ist demzufolge ein Grundstein für die Väterarbeit des Vereins gelegt, sodass diese in Zukunft auf der Grundlage väterspezifischer Bedürfnisse weiter wachsen und ausgebaut werden kann.

Der Erfolg des ersten Treffens, welcher sich insbesondere durch die Annahme des Angebotes durch die Väter auszeichnet, führt vor Augen, dass dies durch den Verein der „Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e.V.“ unbedingt weitergeführt werden sollte. Das nachstehende Fazit eines Vaters über den Kletterabend soll die Bedeutung und Notwendigkeit des Angebots noch einmal verdeutlichen:

„Der Abend (...) hat Spaß gemacht und damit einen wichtigen Zweck erfüllt. Man war einfach mal weg.“ (Herr Schulze)

In den beiden dargestellten Aussagen von Herrn Schulze über das erste Väterklettern werden die meiner Meinung nach zentralen Ziele eines solchen Väterangebots, wie es die „Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e.V.“ gerade aufbaut, sehr deutlich. So bietet es einerseits die Möglichkeit, sich *vom Alltag zu erholen* („Man war einfach mal

weg“) und *aktiv zu sein* (Klettern). Gleichzeitig schafft es einen Raum für *Austausch* der Väter untereinander („Nachher beim Bier (...) kam es dann (...) auch zu Gesprächen, die über das Klettern hinaus gingen“), für welchen es ansonsten kaum Gelegenheiten gibt.

Um das Kapitel über mögliche Angebote für Väter abzurunden, soll an dieser Stelle eine Pilotbefragung von Kinast (2010) erwähnt werden, welche ergab, „dass Männer, die eine Erfahrung mit einer Väterrunde gemacht hatten, diese für sehr gut und wichtig erachten und sich eine solche mit regelmäßigen Treffen vor Ort wünschten“, währenddessen „Väter, die eine derartige Erfahrung nicht hatten, (...) die Wichtigkeit einer solchen Gruppe eher als gering (bewerteten)“. Deshalb sollten sich mit dem zunehmenden Wissen über die Auswirkung der Krebserkrankung von Kindern auf Väter zuständige psychosoziale Berufsgruppen zukünftig verstärkt zur Aufgabe machen, Väter in den Blickpunkt zu rücken und Vätergruppen zu initiieren. Kinast geht schließlich davon aus, „dass Väter, die positive Erfahrungen in einer solchen Gruppe gemacht haben, diese Erfahrungen teilen und weitergeben möchten“, sodass die Hemmschwelle für Väter Unterstützung anzunehmen, langfristig gesehen mehr und mehr sinken dürfte.

9.2. Konsequenzen für weitere Forschungen

Die vorliegende Forschungsarbeit fokussierte insbesondere, wie Väter die Krebserkrankung ihres Kindes erleben und bewältigen. Bei der Bearbeitung dieses Themas kamen weitere Fragen auf, die in diesem Rahmen nicht zu bearbeiten sind, aber Ausgangspunkte für weitere Forschungen darstellen können.

Ein grundlegender Anreiz für weitere Forschungen liegt in der Tatsache, dass diese Arbeit „nur“ vier Interviews umfasst und damit einen Einblick in die Situation von Vätern verschafft. Um jedoch allgemeine Aussagen treffen zu können, ist es unabdingbar, die Fallzahl der Probanden zu erhöhen und aufbauend auf den bereits vorhandenen Erkenntnissen weitere Forschungen mit einer größeren Anzahl von Vätern anzuschließen. Interessant wäre in diesem Zusammenhang auch, Väter über einen längeren Zeitraum während der Krebserkrankung ihres Kindes empirisch zu begleiten, um einen tatsächli-

chen *Prozess* der Bewältigung zu erforschen. Auf der Grundlage der Ergebnisse qualitativer Studien ließe sich zudem ein väterspezifischer Fragebogen entwickeln. Im Rahmen quantitativer Erhebungen könnten das Sampling um ein Vielfaches erweitert und damit der Grad der Generalisierbarkeit der Erkenntnisse über Väter krebskranker Kinder erhöht werden.

Ein spezifisches Ergebnis dieser Arbeit ist, dass bei allen Vätern die Metapher des „Kämpfens“ im Umgang mit der Krebserkrankung eine eindeutige Rolle spielt. Die Frage, inwiefern sich dies jedoch vom Umgang mit der Krise von Müttern unterscheidet, bleibt an dieser Stelle offen. In einer weiteren Untersuchung könnten auch Mütter über das Erleben und Bewältigen der Krebserkrankung ihres Kindes befragt werden. In einer Gegenüberstellung ließen sich so möglicherweise geschlechtsspezifische Formen des Umgangs erkennen. Wenn der „Kampf“ typisch für Väter ist, was ist dann eine typische Umgangsform für Mütter? Neben der Reaktionsform des „Kämpfens“ waren zudem Formen der Bewältigung/des Umgangs erkennbar, welche nach Angaben in der Literatur typisch für Väter sind (z.B. langfristiges Planen/weiträumiges, zukunftsbezogenes Denken, aktives Handeln etc.). Auch hier würde eine Vergleichsstudie die Geschlechtsspezifität im Erleben und Bewältigen der Krebserkrankung des eigenen Kindes durch Mütter und Väter noch einmal deutlich differenzieren können. Interessant wäre es in diesem Kontext zudem, Elternpaare zu beforschen und dabei ebenfalls auf eine Unterschiedlichkeit im Erleben und mögliche Auswirkungen auf die elterliche Beziehung zu fokussieren. Dabei kommt ein weiterer relevanter Punkt ins Spiel. In dieser Diplomarbeit wurde die Aufmerksamkeit gezielt auf die Bewältigung der Väter gerichtet. Wie in familienstresstheoretischen Ansätzen (vgl. Kapitel 5.2. ff.) jedoch deutlich wurde, nimmt bei solch kritischen Lebensereignissen immer auch das Zusammenspiel des Systems Familie Einfluss auf den individuellen Bewältigungsprozess. Demnach wäre auch eine systemische Sichtweise zur Erforschung der Situation hilfreich, um förderliche bzw. hinderliche Faktoren im Bewältigungsprozess zu erarbeiten. Folglich müsste in weiteren Forschungen das Sampling um ein Vielfaches erweitert und in einen größeren Rahmen eingebettet werden. Daraus könnten sich zusätzliche wichtige Erkenntnisse für die Praxis ergeben, auf deren Grundlage weitere gezielte Unterstützungsleistungen entwickelt werden könnten.

Auffällig in den Ergebnissen der vorliegenden Forschungsarbeit war außerdem das völlig veränderte Erleben des Vaters, dessen Sohn an der Krebserkrankung verstorben ist, im Vergleich zu den Vätern, deren Kinder sich noch in der Akutbehandlung befinden. Durch diese sichtbaren Unterschiede wird es für weitere Forschungen als sinnvoll erachtet, Väter, welche ihr Kind an der Krebserkrankung verloren haben, noch einmal speziell in den Blickpunkt des Forschungsinteresses zu rücken. Da im Rahmen dieser Diplomarbeit keine weiteren Väter einbezogen werden konnten, fehlt in diesem Zusammenhang der Vergleich. Es wäre interessant, auch hier noch einmal spezifische Umgangs- und Bewältigungsformen zu erforschen und dabei auch auf eine Unterschiedlichkeit im Erleben und Bewältigen des Verlustes des eigenen Kindes zwischen Müttern und Vätern zu fokussieren.

Nicht zuletzt wäre es aufschlussreich, die deutlich gewordenen Hindernisse im Bewältigungsprozess aufgrund gesellschaftlich verankerter Geschlechtsstereotypen in den Mittelpunkt weiterer Forschungen zu stellen. Die Frage nach dem Einfluss von geschlechtsspezifischen Rollenklischees auf die Bewältigung der Krebserkrankung des Kindes könnte wichtige Erkenntnisse für die Praxis ergeben. Dabei müsste neben den Vätern vor allem auch deren Umfeld in die Untersuchung einbezogen werden, um gegebenenfalls spezifische Rollenzuschreibungen sichtbar werden zu lassen, welche sich hinderlich auf den Bewältigungsprozess der Väter auswirken.

10. Qualitätsbewertung

Nach Legewie (2005, S. 1) ist die Qualitätssicherung für qualitative Forschung sehr wichtig, da diese oftmals dem Vorwurf der Unwissenschaftlichkeit ausgesetzt ist. Darüber, wie der wissenschaftliche Anspruch befestigt und überprüfbar gemacht werden kann, gehen die Meinungen jedoch auseinander. Der quantitativen Forschung liegen die klassischen Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität, Validität und Repräsentativität zugrunde (vgl. Steinert & Thiele 2008, S. 56 ff.). Die einfache Übertragung dieser auf den Bereich qualitativer Forschung wird jedoch kontrovers diskutiert (vgl. Legewie 2005, S. 7). In der Literatur werden deshalb verschiedene Wege vorgeschlagen, das Vorgehen und die Resultate qualitativer Studien zu beurteilen. Eine Möglichkeit besteht

darin, die klassischen Gütekriterien der quantitativen Forschung so zu „modifizieren, dass sie den Besonderheiten qualitativer Methoden angemessener sind“ (Legewie 2005, S. 7). Andere ForscherInnen positionieren sich gegen diese Modifikation und plädieren stattdessen für die Entwicklung neuer, eigenständiger Güte- bzw. Qualitätskriterien, wie sie beispielsweise Steinke (2010, S. 13 ff.) in Form von „Indikation der Methoden“, „Empirische Verankerung“, „Intersubjektive Nachvollziehbarkeit“ u.a. formuliert. Legewie (2005, S. 7) hingegen empfiehlt, „den logischen Grundgedanken der klassischen Gütekriterien sinngemäß auf qualitative Methoden (...) anzuwenden, aber darüber hinaus auch eigenständige prozessorientierte Qualitätskriterien (...) heranzuziehen“. Dieser Kombination soll auch im Folgenden nachgegangen werden, um die Qualität der vorliegenden Forschungsarbeit einer wissenschaftlichen Bewertung zu unterziehen.

10.1. Gütekriterien der qualitativen Sozialforschung

Nach Flick (2009, S. 489) wird zur Bewertung qualitativer Untersuchungen am häufigsten auf die klassischen Gütekriterien der Reliabilität, der Validität und der Objektivität Bezug genommen. Ergänzend sollen im Folgenden zudem das Kriterium der Repräsentativität sowie die Strategie der Triangulation betrachtet werden.

Reliabilität

In der qualitativen Forschung bezieht sich das Kriterium der Reliabilität nicht wie im klassischen Sinne auf die „beliebig häufige Wiederholbarkeit von Erhebungen mit denselben Daten und denselben Resultaten“ (ebd., S. 492), da man nicht davon ausgehen kann, dass bei einem Interview trotz desselben Kontextes und derselben Fragestellungen der Interviewverlauf identisch abläuft (vgl. Legewie 2005, S. 8). Vielmehr steht in diesem Zusammenhang die „Prüfung der Verlässlichkeit von Daten und Vorgehensweisen“ im Vordergrund (Flick 2009, S. 492). Dies beinhaltet einerseits die Nachvollziehbarkeit der Daten durch eine klare Strukturierung „was Aussage des jeweiligen Subjekts ist und wo die Interpretation des Forschers schon begonnen hat“ (ebd.). Steinke (2010, S. 15) formuliert dieses Kriterium speziell für qualitative Forschung unter dem Begriff der „empirischen Verankerung“, bei welcher es abzusichern gilt, „dass die Ergebnisse der

empirischen Studie kein Wildwuchs oder frei erfunden, sondern in den Daten begründet ist“. Um dies zu gewährleisten, wurden in der vorliegenden Arbeit die Ergebnisse und Interpretationen mit einer Vielzahl von Zitaten aus den Interviews angereichert und gestützt. Zur Erhöhung des Reliabilitätsfaktors führt nach Flick zudem eine reflexive Dokumentation des gesamten Forschungsprozesses, welche in der vorliegenden Arbeit im sechsten Kapitel ausführlich dargelegt wird. Damit ist der Forschungsprozess auch für unbeteiligte Personen nachvollziehbar und die Arbeit wird dem Anspruch der Reliabilität, die Verlässlichkeit von Daten und Vorgehensweisen überprüfbar zu machen, gerecht.

Validität

Mit dem Kriterium der Validität wird die Gültigkeit einer Forschung bewertet, wobei der Fokus sowohl auf der Erhebungssituation als auch auf der Darstellung und Interpretation der gewonnenen Daten liegt (vgl. ebd., S. 493). Nach Legewie (2005, S. 6) ist die Validität das wichtigste Gütekriterium, da sie die „Genauigkeit (erfasst), mit der von den erhobenen Daten auf das Merkmal geschlossen werden kann, dass erfasst werden soll“ (z.B. inwieweit das in den Interviews erfasste Erleben der Väter mit dem tatsächlichen Erleben der Väter kongruent ist). Um die Validität zu sichern, gibt es verschiedene Möglichkeiten. Zunächst gilt es den „Grad der Authentizität“ einzuschätzen, mit welchem die Interviewpartner im Erhebungsprozess wirken (vgl. Flick 2009, S. 494). Dabei muss der Frage nachgegangen werden, „ob Interviewpartner aufgrund der Interviewsituation einen Anlass hatten, bewusst oder unbewusst eine spezifische, d.h. verfälschende Version ihrer Erfahrungen zu konstruieren, die sich nicht (oder nur begrenzt) mit ihren Sichtweisen deckt“ (ebd.). Ich gehe davon aus, dass sich in der vorliegenden Forschungsarbeit keine gravierenden Unstimmigkeiten in den Interviews wiederfinden, welche direkt auf die Erhebungssituation zurückzuführen sind. Alle Interviews fanden auf freiwilliger Basis statt, wodurch die sehr bedeutende intrinsische Motivation gegeben war, was sich auch in der bemerkenswerten Offenheit abzeichnete, mit welcher die Väter in den Interviews agierten. Alle Interviewpartner waren zudem „Experten“ des Forschungsthemas und zeichneten sich durch eine kommunikative Kompetenz aus, mit denen sie ihre persönlichen Erfahrungen umfassend wiedergaben.

Dennoch muss an dieser Stelle eingeräumt werden, dass die Interviewten natürlich Motive und Möglichkeiten hatten, ihre zurückliegenden und aktuellen Gefühle, Wahrnehmungen und Handlungen im Gespräch zu verändern, umzudeuten, zu beschönigen bzw. aufgrund unzureichender Reflexivität als verzerrte Wirklichkeit darzustellen – bewusst und/oder vor allem unbewusst. Somit sind die Inhalte der Interviews Konstrukte der Väter, welche nicht zwingend mit der Realität übereinstimmen. Auch die Verdrängung als intrapsychische Bewältigungsform (vgl. Kapitel 5.3.2.) trägt zu einer möglicherweise verfälschten Wiedergabe des Erlebens bei.

Einer der Väter formuliert in einer E-Mail mit der Forscherin selbst Gedanken zum Problem der Realitätswahrnehmung. So stellt Herr Berger die These auf, dass Väter krebskranker Kinder „viel mehr als ‚normale‘ Menschen in dem Zwang (stehen), ihr beschädigtes Leben in Übereinstimmung mit den Erwartungshaltungen zu bringen, die die Gesellschaft an sie hat (und die sie an sich selbst haben)“. „Jeder bastelt sich ständig seine eigene Realität“, wobei „viele an der eigentlichen Realität vorbei (geht)“, sagt Herr Berger. Daraus resultierend liegen zwischen den Inhalten der Interviews und der Wirklichkeit der Väter möglicherweise Unterschiede, welche sich teilweise andeuteten, im Rahmen dieser Arbeit größtenteils aber nicht aufgedeckt oder überprüft werden konnten. In der Theoriebildung müssen etwaige Verzerrungen jedoch unbedingt berücksichtigt werden. Ein Medium der Überprüfung stellt in diesem Zusammenhang die kommunikative Validierung dar. Dabei werden den InterviewpartnerInnen nach Abschluss der Transkription die jeweiligen Transkripte vorgelegt und deren inhaltliche Zustimmung eingefordert (vgl. Flick 2009, S. 495). So kann sich der Forscher/die Forscherin der Aussagen der ProbandInnen noch einmal vergewissern und mögliche Unstimmigkeiten und Verzerrungen aufdecken, was eine Erhöhung der Validität der Daten erzielt. Dies war jedoch insbesondere aus zeitlichen Gründen in der vorliegenden Arbeit nicht möglich. Auch die subjektiven Einschätzungen des Forschers/der Forscherin bei der Interpretation der Daten ließe sich unter Einbezug der ProbandInnen einer kommunikativen Validierung unterziehen (vgl. Steinert & Thiele 2008, S. 60). Dies ist jedoch umstritten, da ethische und psychologische Probleme seitens der Interviewpartner nicht ausgeschlossen werden können, „wenn ihr Selbstbild mit der zu validierenden Darstellung nicht übereinstimmt“ (ebd., S. 61). Von einer gemeinsamen Diskussion der Inter-

pretation wurde aufgrund der möglichen Komplikationen ebenfalls abgesehen. Steinert und Thiele geben als Möglichkeit zur Erhöhung der Validität der Ergebnisse die „Triangulation“ an. Nach Flick (2009, S. 520) hat sich diese jedoch zunehmend zu einem eigenständigen Ansatz jenseits der klassischen Gütekriterien entwickelt, sodass sie in der vorliegenden Forschungsarbeit als eigenständige Strategie zur Bewertung der Qualität qualitativer Forschung aufgeführt wird.

Triangulation

Die Strategie der Triangulation umfasst die „Kombination verschiedener Methoden, verschiedener Forscher, Untersuchungsgruppen, lokaler und zeitlicher Settings sowie unterschiedlicher theoretischer Perspektiven in der Auseinandersetzung mit einem Phänomen“ (ebd., S. 519). Denzin (1989b, S. 237-241, zit. nach Flick 2009, S. 519) unterscheidet dabei zwischen der Triangulation der Daten, der Forscher, der Theorien und der Methoden.

Bei der Verwirklichung der *Daten-Triangulation* propagiert Denzin, die Untersuchung eines Phänomens zu verschiedenen Zeitpunkten, an verschiedenen Orten und mit verschiedenen Personen durchzuführen. Die Interviews der vorliegenden Forschungsarbeit wurden in einem Zeitraum von drei Monaten erhoben, wobei ein Einfluss der verschiedenen Zeitpunkte in diesem Zusammenhang nicht ersichtlich wird. Alle Erhebungen fanden an unterschiedlichen Orten statt, welche die Väter selbst festgelegt hatten, sodass eine gewisse Basis für Vertrautheit gegeben war. Die bedeutendste Rolle im Hinblick auf die Forschungsfrage spielte die Unterschiedlichkeit der Probanden, auf welche bereits bei der Auswahl der Interviewpartner Wert gelegt wurde (vgl. Kapitel 6.3.).

Ziel der *Theorien-Triangulation* ist eine „Annäherung an die Daten unter Einbeziehung verschiedener Perspektiven und Hypothesen“ (Denzin 1978, S. 297, zit. nach Flick 2009, S. 519). Zudem sollen die Erkenntnismöglichkeiten durch die Betrachtung des Forschungsgegenstandes mittels verschiedenster Theorien fundiert und verbreitert werden (vgl. ebd.). Wie bei der theoretischen Betrachtung des Forschungsgegenstandes deutlich wurde (vgl. Kapitel 2, 3, 4 und 5), flossen in diese Arbeit die Sichtweisen und

Erkenntnisse verschiedenster Autoren ein. Es folgte zudem eine vergleichende, ergänzende und teils kontroverse Gegenüberstellung der unterschiedlichen Ansätze, um einen differenzierten Blick auf den Forschungsgegenstand zu eröffnen.

Von einer *methodologischen Triangulation* lässt sich in dieser Arbeit nur bedingt sprechen. Zwar bestand das geführte Interview sowohl aus einem narrativen als auch aus einem leitfadengestützten Gesprächsteil und wurde zusätzlich durch einen Kurzfragebogen sowie ein Postskriptum ergänzt. Dennoch zählen alle diese Elemente zur Erhebungsmethode des Problemzentrierten Interviews von Witzel. Zudem wurde der Auswertungsschritt der Idiosynkrasie (vgl. Kapitel 6.6.3.) in Anlehnung an die Metapherntheorie von Lakoff und Johnson (1980, zit. nach Hildenbrand 1998) und die Systematische Metaphernanalyse von Schmitt (2003) bearbeitet. Der Einbezug weiterer Methoden ist jedoch im begrenzten Rahmen der Diplomarbeit nicht möglich gewesen.

Die von Denzin angeführte *Forscher-Triangulation*, bei welcher verschiedene ForscherInnen eingesetzt werden, „um Verzerrungen durch die Person des Forschers aufzudecken bzw. zu minimieren“, fand in der vorliegenden Forschungsarbeit aufgrund des eingeschränkten Umfangs keine Anwendung.

Repräsentativität/Generalisierbarkeit

Stichproben quantitativer Studien haben meist zum Ziel, die wesentlichen Merkmale der Grundgesamtheit widerzuspiegeln und damit eine Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse zu erreichen (vgl. Steinert & Thiele 2008, S. 59). Dahingegen liegt der Ansatzpunkt qualitativer Forschung in der Analyse spezifischer Phänomene mit einem konkreten Kontextbezug (vgl. Flick 2009, S. 522). Dieser wird jedoch durch den Versuch, die spezifischen Ergebnisse zu verallgemeinern, aufgehoben, um herauszufinden, „inwieweit die gefundenen Zusammenhänge auch unabhängig und außerhalb von spezifischen Kontexten gelten“ (ebd.). Lincoln und Guba (1985, zit. nach Flick 2009, S. 522) spitzen dieses Dilemma zwischen qualitativer Forschung und Generalisierbarkeit zu, indem sie die These aufstellen: „Die einzige Generalisierung ist: Es gibt keine Generalisierung“. Dennoch zeigt Flick verschiedene Möglichkeiten auf, „wie der Weg vom Fall zur

Theorie so abgesteckt werden kann, dass sich zumindest eine gewisse Verallgemeinerung erreichen lässt“. Zunächst ist zu klären, welchen Grad an Generalisierbarkeit die jeweilige Studie überhaupt erreichen möchte bzw. erreichen kann (vgl. ebd.). In der vorliegenden Forschungsarbeit lässt der begrenzte Rahmen einen hohen Anspruch an Repräsentativität beispielsweise gar nicht erst zu, sondern zeigt nur einem minimalen Ausschnitt sozialer Wirklichkeit. Nichtsdestotrotz wurde in Anlehnung an Flick durch die gezielte Auswahl von Interviewpartnern in verschiedensten Kontexten versucht, dass Sampling und damit die Ergebnisse möglichst breit zu gestalten. Auch wenn dies unter dem Einbezug von lediglich vier Interviews nur begrenzt möglich war, ist die Differenziertheit der gefundenen Konzepte doch sehr vielfältig und aufschlussreich. Um dem Kriterium der Generalisierbarkeit gerecht zu werden, müsste das Sampling jedoch erweitert und weitere Interviews herangezogen werden.

Objektivität/Intersubjektivität

Objektivität, als klassisches Kriterium der traditionellen quantitativen Forschung, strebt eine Standardisierung des Forschungsprozesses an (vgl. Legewie 2005, S. 7). Das Kriterium gilt als erfüllt, wenn die Ergebnisse der Untersuchung in keinem Abhängigkeitsverhältnis mit der forschenden Person und der spezifischen Erhebungssituation stehen, sodass unter gleichen Bedingungen verschiedene ForscherInnen die gleichen Ergebnisse erzielen (vgl. Lamnek 1988, S. 165, zit. nach Steinert und Thiele 2008, S. 57). Damit ist dieses Gütekriterium nicht ohne Weiteres auf qualitative Forschung übertragbar, da hier die „Subjektivität von Forscher und Beforschten eine wichtige Rolle im Erkenntnisprozess (spielt) und nicht eliminiert werden (kann)“ (Legewie 2005, S. 7). Übertragbar ist jedoch die Übereinstimmung verschiedener forschender Personen bei der Analyse desselben Forschungsgegenstandes (vgl. ebd., S. 8). Ein modifiziertes Gütekriterium qualitativer Forschung findet sich demnach in der „Intersubjektivität der Schlussfolgerungen und Ergebnisse einer Forschungsgruppe“ (ebd.). Dabei können in einem „kommunikativen Reflexionsprozess“ innerhalb einer Forschungsgemeinschaft unterschiedliche Sichtweisen offengelegt und diskutiert werden, um schließlich zu einem Konsens zu kommen (vgl. ebd.). Dieser Aspekt war in der vorliegenden Forschungsarbeit kaum zu realisieren, da keine weiteren ForscherInnen in die Studie involviert waren. Kam es je-

doch zu gravierenden Unsicherheiten bei der Deutung sozialer Wirklichkeit, welche den Auswertungsprozess hemmten, konnten einzelne Themen im Diplomandenkolloquium vorgestellt und gemeinsam diskutiert werden, was als sehr hilfreich und bereichernd erlebt wurde. Somit konnte das Kriterium der Intersubjektivität ansatzweise erfüllt werden. Dennoch bleibt die Frage offen, ob eine Vielzahl von ForscherInnen zum selben Thema ähnliche oder gar identische Resultate erbracht hätte. Um die Qualität der Forschungsergebnisse dennoch weitestgehend zu gewährleisten, spielt insbesondere bei forschenden Einzelpersonen eine systematische Reflexion der eigenen Subjektivität in den verschiedenen Phasen des Forschungsprozesses eine wichtige Rolle (vgl. ebd.). In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde versucht, mit Hilfe der Medien Postskriptum, Forschungstagebuch (einschließlich einer umfassenden Dokumentation des gesamten Forschungsprozesses, vgl. Kapitel 6) und schließlich dem Austausch im Diplomandenkolloquium eine bestmögliche Selbstreflexion zu gewährleisten.

Steinke (2010, S. 18) bringt in die Diskussion um Intersubjektivität auch die Reproduzierbarkeit des gesamten Forschungsprozesses (nicht nur der Ergebnisse) für Außenstehende ein und schafft damit das Kriterium der „Intersubjektiven Nachvollziehbarkeit“. Eine ausführliche Dokumentation einzelner Forschungsschritte soll die Möglichkeit der Bewertung des Forschungsprozesses durch Dritte gewährleisten (vgl. ebd.). Der prozessorientierte Ansatz des Qualitätsmanagements, welcher im Allgemeinen die Qualität von Prozessen aus Industrie und Wirtschaft sicherstellen und beurteilen soll, wird zunehmend auch bei der Qualitätsbewertung wissenschaftlicher Forschungen populär (vgl. Legewie 2005, S. 11). Die nachfolgende Auseinandersetzung mit diesem spezifischen Modell soll ergänzend zu den bereits erarbeiteten Kriterien den Abschluss der Bewertung der vorliegenden Forschungsarbeit darstellen.

10.2. Leitlinien zur Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle

Bei der Bewertung einer Forschung mittels der o.g. Gütekriterien liegt der Fokus vor allem auf der Ergebnisqualität (vgl. ebd., S. 12). In dem folgend erörterten Ansatz der prozessorientierten Qualitätssicherung wird jedoch davon ausgegangen, „dass zur Steigerung der Ergebnisqualität der gesamte Herstellungsprozess eines Produktes oder einer

Dienstleistung optimiert werden muss“ (ebd.). Damit einher geht ein umfassendes Konzept zur Beurteilung der Qualität qualitativer Erhebungen, welches sowohl den gesamten Planungsprozess, die Datenerhebung bis hin zur Interpretation und Darstellung der Ergebnisse umfasst (vgl. ebd., S. 11). Legewie unterscheidet dabei zwischen den Qualitätsaspekten konzeptionelle Qualität, Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

Konzeptionelle Qualität

Voraussetzungen für die konzeptionelle Qualität qualitativer Forschungen sind nach Legewie (2005, S. 12):

- eine sinnvolle und eindeutige Forschungsfrage
- ein theoretisch fundiertes und nachvollziehbares Vorgehen im Forschungsprozess
- eine dem Forschungskontext angemessene Erhebungs- und Auswertungsmethode

Dass die Forschungsfrage insbesondere das Erleben der Väter und deren Bewältigung der Krebserkrankung des Kindes fokussieren soll, stand bereits mit der Idee der Erforschung der Situation der Väter fest. Da es in diesem Bereich an bisherigen Forschungen mangelt, wurde es als sinnvoll erachtet, das Thema einem möglichst breiten Blick zu öffnen und so das allgemeine Erleben in den Mittelpunkt zu rücken. Hinzu kam das Ziel, einen möglichen Bedarf an Hilfsangeboten für Väter zu erarbeiten, wodurch auch die Bewältigung der Situation im Vordergrund stand. Mit diesem eindeutig formulierten Forschungsziel war eine Eingrenzung verbunden, welche es ermöglichte, den gesamten Forschungsprozess gezielt auf ein bestimmtes Thema auszurichten und sich nicht in dem weiten Feld möglicher Forschungsschwerpunkte zu verlieren.

Die theoretische Fundierung des Vorgehens im Forschungsprozess findet sich in der Verwendung der Erhebungsmethode des Problemzentrierten Interviews von Witzel und der Auswertungsmethode des zirkulären Dekonstruierens von Jaeggi, Fass und Mruck. Zur Nachvollziehbarkeit wurde der gesamte Forschungsprozess im sechsten Kapitel dargelegt, wobei die einbezogenen Interviewelemente, wie Einstiegsfrage, Leitfaden

und Kurzfragebogen sowie die einzelnen Schritte der Auswertung anhand eines Interviews aufgezeigt worden sind. Zudem wird die Wahl der Erhebungs- und Auswertungsmethode für den Forschungskontext als angemessen betrachtet, da damit dem Forschungsziel adäquat nachgegangen werden konnte (vgl. Kapitel 6.4.1. und 6.6.1.).

Strukturqualität

Um in einer Forschungsarbeit Qualität zu erzielen, müssen nach Legewie auch bestimmte strukturelle Voraussetzungen erfüllt werden. Dabei geht es zum einen um eine angemessene Qualifikation der forschenden Person, um eine professionelle Durchführung der Studie zu gewährleisten (vgl. ebd., S. 12). In diesem Aspekt werden nach eigener Einschätzung noch Ressourcen gesehen, welche sich aus der mangelnden Erfahrung im Bereich qualitativer Forschung ergeben. Wie jedoch bereits bei der Reflexion des Erhebungs- und Auswertungsprozesses (vgl. Kapitel 6.4.4. und 6.6.4.) deutlich wurde, wird die Durchführung der Forschung dennoch den gegebenen Umständen entsprechend als fachgemäß angesehen. Neben der Qualifikation des Forschers/der Forscherin tragen auch organisatorische Rahmenbedingungen (insbes. bei der Planung der Datenerhebung) zu einer strukturellen Qualität bei (vgl. ebd.). So wurden die Erhebungen flexibel an die Zeitfenster der Väter angepasst, wodurch die Terminfindung ohne Schwierigkeiten ablief. Zudem lag die Entscheidung über den Ort der Erhebung ebenfalls bei den Vätern, wobei bereits bei der Planung verschiedene Alternativen in Betracht gezogen wurden (Privaträume, Vereinsräume, neutrale Plätze etc.). Auch ein funktionsfähiges Aufnahmegerät sichert nach Legewie die Strukturqualität. Dies konnte in allen Erhebungen gewährleistet werden. Eine weitere Qualitätssicherungsmaßnahme im Forschungsprozess stellt die Supervision dar (vgl. ebd.), welche durch eine aktive Teilnahme an einem Kolloquium für DiplomandInnen realisiert werden konnte. Zudem ist nach Legewie eine „angemessene Partizipation der Untersuchten an der Durchführung sicher zu stellen“ (ebd., S. 12). In diesem Zusammenhang wurde bei der vorliegenden Forschungsarbeit auf eine vollständige Aufklärung der Väter über den Forschungszweck geachtet. Außerdem schuf die Methode des Problemzentrierten Interviews die

Möglichkeit der freien Interviewgestaltung und individuellen Schwerpunktsetzung durch einen narrativen Gesprächsteil.

Prozessqualität

Die Aspekte, die soeben bei der Strukturqualität erörtert wurden, wirken sich auf die konkrete Durchführung und damit auf die Prozessqualität aus (vgl. ebd., S. 13). Unter dem Kriterium der Prozessqualität wird deshalb geprüft, inwieweit die bei der strukturellen Planung angestrebten Qualitätsanforderungen „bei der Durchführung im Einzelfall erfüllt wurden“ (ebd.). Dabei sollten in Anlehnung an Legewie folgende Schwerpunkte fokussiert werden:

- Professionelle Planung und Durchführung
- Einhalten ethischer Standards
- Angemessene situative Bedingungen
- Angemessene, theoretisch fundierte Erhebungs- und Auswertungsmethoden
- Angemessene Dokumentation der erhobenen Daten
- Angemessene Rückmeldung der Ergebnisse an die InterviewpartnerInnen
- Selbstreflexion/Beachten der Gegenübertragung
- Nutzung der Supervision

Im Vorfeld der Erhebung fand eine ausführliche Auseinandersetzung mit dem Forschungsgegenstand sowie dem Themengebiet der qualitativen Sozialforschung statt, woraus sich eine gezielte und professionelle Planung und Durchführung der Studie ergab. Dabei bildete die Einhaltung ethischer Standards die Grundlage für jegliche Handlungen. So erfordert nach Gahleitner (2005, S. 111) bereits die Auswahl des Forschungsgegenstandes einen „verantwortlichen, reflexiven und transparenten Umgang, in dem eventuellen Verletzungsrisiken bzw. unerwünschten Prozessen durch ausführliche theoretische sowie praktische Vorüberlegungen und -gespräche vorgebeugt werden sollte“. Auch in der vorliegenden Forschungsarbeit fand im Vorfeld die Auseinandersetzung mit möglichen ethischen Konflikten statt. So stellte sich beispielsweise die Frage, ob es verantwortungsvoll ist, Väter in einer ohnehin schon belastenden und

stressreichen Lebensphase mit einer zusätzlichen Anforderung zu konfrontieren. Um die Väter bei der Entscheidung für die Teilnahme an der Erhebung keinerlei Druck auszusetzen, erfolgte die Kontaktaufnahme deshalb zunächst nicht über sofortigen persönlichen Kontakt, sondern über einen Brief. Damit sollte eine unbedingte intrinsische Motivation seitens der Väter bei der Teilnahme gewährleistet und eine mögliche Überforderung ausgeschlossen werden. Forschungsethische Grundlagen müssen zudem auch in der Erhebungssituation eingehalten werden. Dabei wurde den Probanden vor der Erhebung eine schriftliche Bestätigung über die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen übermittelt und diese auch durch die Anonymisierung der transkribierten Interviews gewährleistet. Dennoch ist nach Gahleitner in qualitativen Untersuchungen eine „ausreichende Anonymisierung ohne gravierenden Verlust des Informationsgehalts nur schwer zu verwirklichen“ (ebd., S. 110). Dieses Dilemma kam auch in der vorliegenden Arbeit zum Tragen, da die einbezogenen Fälle solch individuelle Einzelheiten beinhalten (bspw. die Krankheitsgeschichte des Kindes), dass eine komplette Anonymisierung mit einem immensen und wirklichkeitsverzerrenden Datenverlust verbunden gewesen wäre. Im Hinblick auf die Einhaltung ethischer Aspekte wurde dennoch versucht, im Rahmen des Möglichen die Anonymität der Probanden zu gewährleisten (vgl. Kapitel 6.5.). Auch im Auswertungsprozess bleibt die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen nicht aus, sodass es auch in dieser Phase gilt, „Interpretationen auf Fehldeutungen hin in Frage zu stellen und an entsprechenden Stellen in geeigneten Gruppenzusammenhängen rückzukoppeln“ (ebd., S. 111 f.). Dies war im Diplomandenkolloquium ansatzweise möglich, dennoch ließe sich in einer Forschungsgruppe eine spezifischere Diskussion über verschiedene Interpretationsmöglichkeiten gewährleisten. Um die Prozessqualität zu sichern, liegt es zudem in der Verantwortung der forschenden Person, auf der Basis ethischer Standards angemessene situative Bedingungen für die Datenerhebung zu schaffen. Wie bereits erwähnt, wurde dafür den Vätern die Entscheidung überlassen, zu welcher Zeit und an welchem Ort das Interview stattfinden soll. Die von den Vätern gewählten Räumlichkeiten schufen in allen Fällen eine sehr angenehme Atmosphäre, sodass keine Störungen aufgrund struktureller Aspekte wahrzunehmen waren. Auch die gewählten Methoden zur Datenerhebung und -auswertung können zur Erreichung des Forschungsziels als adäquat beurteilt werden (vgl. konzeptionelle Qualität). Die gewonnenen Daten wurden zunächst über ein Diktiergerät auditiv festgehalten und anschlie-

ßend durch eine vollständige Transkription auch als Text erfasst. Ergänzt wurde diese Datendokumentation durch handschriftliche Notizen während und nach dem Interview. Die von Legewie (2005, S. 13) geforderte Rückmeldung der Ergebnisse an die Interviewpartner wird im Anschluss der Diplomarbeit erfolgen. Da die meisten Väter von sich aus Interesse an den Ergebnissen zeigten, wurde dies den Probanden bereits bei der Datenerhebung zugesichert. Als letztes Kriterium der Prozessqualität nennt Legewie die Fähigkeit zur Selbstreflexion des Forschers/der Forscherin. Dieser Aspekt wurde bereits im Abschnitt über Objektivität und Intersubjektivität beleuchtet. Festzuhalten ist, dass mittels verschiedener Medien versucht wurde, die Selbstreflexion zu fördern und immer wieder konstruktiv in den Forschungsprozess einzubringen. In möglichen weiteren, umfangreicheren Forschungen werden jedoch eine konkrete Forschungssupervision bzw. spezifische Schulungen als notwendig erachtet, um die eigene Einflussnahme auf den Forschungsprozess vertiefter zu erarbeiten und sich beispielsweise für Dynamiken wie die Gegenübertragung im Interview zu sensibilisieren.

Ergebnisqualität

Als letzten Qualitätsaspekt nennt Legewie die Ergebnisqualität, welche den inhaltlichen Wert der erzielten Ergebnisse beurteilt. Hierbei kommen die klassischen Gütekriterien zum Tragen, wie sie unter Punkt 10.1. beleuchtet wurden. Hinzu kommt die Betrachtung der Relevanz der Ergebnisse. Aus den in Kapitel 9.1. dargestellten Schlussfolgerungen für die Praxis geht die Relevanz der in dieser Arbeit gewonnenen Ergebnisse hervor. Ob und wie die Ergebnisse jedoch in der Praxis umgesetzt werden, liegt nicht mehr in Reichweite dieser Diplomarbeit.

Diese vier Qualitätsaspekte sind nach Legewie als Leitlinien zu betrachten, welche ermöglichen sollen, die Qualität während des gesamten Forschungsprozesses zu sichern (vgl. ebd., S. 14). Gleichzeitig haben sie die Funktion, sowohl der forschenden Person eine Qualitätskontrolle der eigenen Untersuchung zu ermöglichen als auch dem Leser/der Leserin die Möglichkeit der Bewertung der Seriosität der Forschung zu eröffnen (vgl. ebd.).

11. Fazit

Bei der bereits mehrfach angesprochenen Tagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie zum Thema „Väter krebskranker Kinder“ wurde immer wieder betont, dass eine intensive Auseinandersetzung mit der Situation der Väter und deren Sicht der Dinge notwendig ist, „wenn wir als professionell Tätige in der pädiatrischen Onkologie den Vätern noch etwas gerechter werden möchten, als es vielerorts schon der Fall ist und bestimmte ‚väterliche‘ Verhaltensweisen besser verstehen möchten“ (PSAPOH-Tagung 2009).

Aufgrund dieser Notwendigkeit und des gleichzeitigen Mangels an empirischen Ergebnissen in diesem Bereich setzte ich mir mit der vorliegenden Forschungsarbeit das Ziel, durch eine qualitative Studie einen Einblick zu geben in das Erleben und in spezifische Bewältigungsformen von Vätern, im Umgang mit dieser außergewöhnlichen Belastungssituation. Mein Bestreben war es, durch diese Forschung etwas Licht über die meist im Hintergrund agierenden Väter zu bringen und damit bei allen Beteiligten für ein besseres Verständnis zu sorgen. Nach Lamri-Zeggar (1991, S. 3) schafft eine intensive Erforschung der psychischen Situation der Eltern die Voraussetzung für eine angemessenere Bewältigung des tiefgreifenden Lebensereignisses der Krebserkrankung des eigenen Kindes. Mit dieser Diplomarbeit konnte ein Eindruck von Problemen und Belastungen gewonnen werden, mit denen sich Väter krebskranker Kinder auseinandersetzen, woraus sich schließlich in einem weiteren Schritt Konsequenzen für mögliche praktische Unterstützungen ableiten ließen.

Ich hoffe, diese Arbeit ist ein Anstoß der empirischen Auseinandersetzung mit der Situation von Vätern krebskranker Kinder, um so aus den Ergebnissen weitere, gegebenenfalls auch neue Wege für die Väterarbeit zu erschließen, denn:

„Väter führen vielleicht nicht Tagebuch über die Krankheit ihres Kindes. Sie reden vielleicht nicht einmal darüber. Viele sind nicht bereit, sich mit anderen Vätern zusammenzusetzen. Aber man braucht ihnen nur zuzuhören (...), um zu begreifen, dass sie nicht so gut isoliert und abgeschirmt von dem Problem sind, wie viele Leute denken.“

(Bombeck 1989, S. 132)

Literaturverzeichnis

- Bode, Gerlind (2007).** Mein Kind hat Krebs. Ein Ratgeber für Eltern krebskranker Kinder. (7. Aufl.) Bonn: Deutsche Kinderkrebsstiftung; Deutsche Leukämie-Forschungshilfe (Hrsg.).
- Böhnisch, Lothar (2004).** Männliche Sozialisation. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Böhnisch, Lothar & Winter, Reinhard (1994).** Männliche Sozialisation. Bewältigungsprobleme männlicher Geschlechtsidentität im Lebenslauf. (2. Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Bombeck, Erma (1989).** Guten Morgen, lieber Tag! Kinder, die den Krebs besiegen. (übersetzt von Dirk Muelder). Bergisch Gladbach: Gustav Lübbe Verlag GmbH (Orig. 1989: I want to grow hair, I want to grow up, I want to go to Boise. New York: Harper & Row).
- Bowlby, John (1952).** Maternal Care and Mental Health. A report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children. Geneva: World Health Organization, Palais des Nations.
- Bruns, Ingeborg (1992).** „Ich hab‘ dich doch so lieb ...“ Wenn ein Kind an Krebs erkrankt. Tübingen: Attempto Verlag.
- Burk, Werner (2010).** Deutsches Kinderkrebsregister Mainz. Online verfügbar unter: <http://www.kinderkrebsregister.de/> [Datum des Zugriffs: 19.04.10].
- Cook, Judith A. (1984).** Influence of Gender on the Problems of Parents of Fatally Ill Children. Journal of Psychosocial Oncology, Vol. 2 (1), Pages 71-91.

Deutsche Kinderkrebsstiftung (2010). Krebs bei Kindern und Jugendlichen. Online verfügbar unter: <http://www.kinderkrebsstiftung.de/krebs-bei-kindern/> [Datum des Zugriffs: 25.03.10].

Deutscher Kinderhospizverein e.V. (2010). Den Wind in den Segeln. Wochenende für Väter lebensverkürzend erkrankter und/oder gestorbener Kinder. Online verfügbar unter: http://www.deutscher-kinderhospizverein.de/6_seminar_einzel.php?id=240 [Datum des Zugriffs: 30.08.10].

Deutsches Kinderkrebsregister (2008). Jahresbericht 2008. Online verfügbar unter: <http://www.kinderkrebsregister.de/> [Datum des Zugriffs: 19.04.10].

Deutsche Leukämie-Forschungshilfe (DLFH) (2008). Sozialrechtliche Informationen für Familien mit einem krebskranken Kind. Bonn: Druck Wilhelm Werner.

Filipp, Sigrun-Heide (1995). Kritische Lebensereignisse. (3. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Flick, Uwe (2009). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. (2. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Gahleitner, Silke (2005). Die qualitative Inhaltsanalyse als flexible Auswertungsmethode in der Sozialarbeitsforschung. In Gahleitner, Silke / Gerull, Susanne / Petuya Ituarte, Begona / Schambach-Hardtke, Lydia / Streblow, Claudia. Einführung in das Methodenspektrum sozialwissenschaftlicher Forschung. (S. 53-64). Uckerland: Schibri-Verlag.

Gahleitner, Silke (2005). Halbstrukturierte Erhebungsmethoden am Beispiel Problemzentrierter Interviews im Bereich Klinischer Sozialarbeit. In Gahleitner, Silke / Gerull, Susanne / Petuya Ituarte, Begona / Schambach-Hardtke, Lydia / Streblow, Claudia. Einführung in das Methodenspektrum sozialwissenschaftlicher Forschung. (S. 42-53). Uckerland: Schibri-Verlag.

- Glumm, Christoph (2010).** Wenn das Leben kopfsteht. Diagnose: Leukämie. Lahr/Schwarzwald: Johannis Verlag.
- Gutjahr, Peter (2000).** Krebs? Mein Kind? Leukämie und bösartige Tumoren bei Kindern. Stuttgart und Leipzig: Hirzel Verlag.
- Gutjahr, Peter (Hrsg.) (2004).** Krebs bei Kindern und Jugendlichen. Klinik und Praxis der Pädiatrischen Onkologie. (5. überarb. u. erweit. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Haas, R. J. / Schmid, Irene / Schmidt, Piroška / Graubner, Ulrike B. / Silc, Michael / Stamm, Walther (2003).** Krebserkrankungen bei Kindern. Eine Informationsschrift über bösartige Tumoren für Therapeuten und Betroffene. (4. überarb. Aufl.). München: Druckhaus Fritz König GmbH.
- Haas, R. J. / Elsner, Romy / Graubner, Ulrike B. Piroška / Müller, Ingrid / Schmid, Irene / Schmidt, Piroška / Stachel, Daniel / Stamm, Walther (2001).** Leukämie und bösartige Lymphome im Kindesalter. Eine Informationsschrift für Therapeuten und Betroffene. (5. Aufl.). München: Druckhaus Fritz König GmbH.
- Häberle, Heide (2010).** Der kindliche Krebspatient und seine Familie. Online verfügbar unter: <http://www.onkokids.de/Eltern/haeb.htm> [Datum des Zugriffs: 09.08.10].
- Heinz, Walter (Hrsg.) (2002).** Männer als Väter. Sozialwissenschaftliche Theorie und Empirie. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hemcke, Christoph (2010).** Väter und Trauer nach Fehl- und Totgeburt. Entwicklung eines Leitfadens zum Umgang mit den Vätern mittels einer Online-Umfrage. Online verfügbar unter: http://www.maennerstudie.de/mediapool/40/409166/data/Maenner_und_Trauer.pdf [Datum des Zugriffs: 25.05.10].

- Henkel, Wilma & Zernikow, Boris (2009).** Palliative Versorgung schwerst kranker Kinder. Bonn: Deutsche Kinderkrebsstiftung; Deutsche Leukämie-Forschungshilfe e.V. (Hrsg.).
- Henze, G. (2004).** Leukämien. In Gutjahr, Peter (Hrsg.). Krebs bei Kindern und Jugendlichen. Klinik und Praxis der Pädiatrischen Onkologie. (5. überarb. u. erweitert. Aufl.) (S. 293-327). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hertl, M. (2004).** Psychosoziale Probleme und ihre Bewältigung. In Gutjahr, Peter (Hrsg.). Krebs bei Kindern und Jugendlichen. Klinik und Praxis der Pädiatrischen Onkologie. (5. überarb. u. erweitert. Aufl.) (S. 572-605). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hildenbrand, Astrid (1998).** Leben in Metaphern. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme. (Orig. 1980: *Metaphors we live by.* Chicago: The University of Chicago Press).
- Hobfoll, Stevan E. & Buchwald, Petra (2004).** Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie. In: Buchwald, Petra / Schwarzer, Christine / Hobfoll, Stevan E. (Hrsg.). Stress gemeinsam bewältigen. Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping. Göttingen, Bern, Toronto und Seattle: Hogrefe-Verlag.
- Jaeggi, Eva / Faas, Angelika & Mruck, Katja (1998).** Denkverbote gibt es nicht! Vorschlag zur interpretativen Auswertung kommunikativ gewonnener Daten (2. überarb. Fassung). Forschungsbericht aus der Abteilung Psychologie im Institut für Sozialwissenschaften der Technischen Universität Berlin, Nr. 98-2. Online verfügbar unter: http://www.ash-berlin.eu/hsl/freedocs/227/Zirkulaeres_Dekonstruieren.pdf [Datum des Zugriffs: 02.12.09].
- Kallenbach, Kurt (1997).** Väter schwerstbehinderter Kinder. Münster, New York, München und Berlin: Waxmann Verlag.

- Kallenbach, Kurt (2004).** Vater eines behinderten Kindes. In: Das Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP). Online verfügbar unter: http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Behinderung/s_414.html [Datum des Zugriffs: 10.08.10].
- Keller, Ullrich (2002).** Männer und Trauer. In: Aktuelle Informationen Verwaiste Eltern München e.V. 2/2002. Online Verfügbar unter: http://www.veid.de/maenner_trauer01.0.html [Datum des Zugriffs: 17.08.10].
- Kinast, Klaus-Herbert (2009).** Seminar: „Was brauchen Väter wirklich?“. Unveröffentlichte Mitschrift der Fachtagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie (PSAPOH) zum Thema: „Väter krebskranker Kinder“.
- Kinast, Klaus-Herbert (2010).** Konzeption „Gruppe für Väter mit einem Kind in Palliativsituation/Väter-Trauergruppe“ (unveröffentl.). Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“ Dresden/Brückenprojekt.
- Kollmann Barbara & Kruse, Margitta (1990).** Krebskranke Jugendliche und ihre Familien. Problematik und Schwierigkeiten einer psychologischen Begleitung. Essen: Verlag Die Blaue Eule.
- Kriz, Jürgen (2007).** Grundkonzepte der Psychotherapie. (6. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Kübler-Ross, Elisabeth (2009).** Interviews mit Sterbenden. Freiburg im Breisgau: Kreuz Verlag.
- Lakoff, George & Johnson, Mark (2003).** Leben in Metaphern. (3. Aufl.) Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

- Lamri-Zeggar (1991).** Krebskranke Kinder. Probleme und Belastungen der Eltern. Freiburg/Schweiz: Universitätsverlag.
- Lazarus, Richard (1995).** Stress und Stressbewältigung – Ein Paradigma. In Filipp, Sigrun-Heide (Hrsg.). Kritische Lebensereignisse (3. Aufl.) (S. 198-232). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Legewie, Heiner (2005).** Gütekriterien und Qualitätssicherung qualitativer Methoden. Online verfügbar unter: http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung_12.pdf [Datum des Zugriffs: 28.10.10].
- Lehr, Ursula M. & Thomae, Hans (1991).** Alltagspsychologie: Aufgaben, Methoden, Ergebnisse. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Levang, Elisabeth (2002).** Männer trauern anders. Freiburg im Breisgau: Herder Verlag.
- Lüsse, Steffen (2008).** Väter-Segeltörn auf der Flinthörn. Himmelfahrt 2008. Ein Erlebnisbericht. Online verfügbar unter: <http://krebskranke-kinder-kiel.blogspot.com/2008/06/vter-segeltrn-auf-der-flinthrn.html> [Datum des Zugriffs: 30.08.10].
- Martensen, Michael (2008).** Im Himmel kann ich Schlitten fahren: Das kurze Leben unserer kleinen Tochter Sophia. Freiburg: Verlag Herder.
- Matzner, Michael (2004).** Vaterschaft aus der Sicht von Vätern. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mayring, Philipp (2000).** Qualitative Inhaltsanalyse [28 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 1(2), Art. 20. Online verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2384> [Datum des Zugriffs: 02.12.09].

Müller-Commichau, Wolfgang & Schaefer, Roland (2000). Wenn Männer trauern. Über den Umgang mit Abschied und Verlust. Ostfildern: Matthias-Grünwald-Verlag.

Mühling, Tanja & Rost, Harald (Hrsg.) (2007). Väter im Blickpunkt. Perspektiven der Familienforschung. Opladen und Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.

Petermann, Franz / Noeker, Meinolf / Bode, Udo (1987). Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. München und Weinheim: Psychologie Verlags Union.

PSAPOH-Tagung (2009). Einladung zur Tagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie. Frankfurt am Main.

Pschyrembel (1998). Klinisches Wörterbuch. (258. Aufl.). Berlin: Verlag Walter de Gruyter.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.) (2010). Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends. (7. Aufl.). Berlin.

Sanneck, Uwe (2009). Seminar: „Männer können trauern – Männer trauen sich“. Unveröffentlichte Mitschrift der der Fachtagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie (PSAPOH) zum Thema: „Väter krebskranker Kinder“.

Sassenrath, Simone (2001). Humor und Lachen als Stressbewältigungsstrategie. Evaluation des 8 Stufen Humor-Trainingprogramms zur Wiederentdeckung und Stärkung des Sinnes für Humor von Dr. Paul E. McGhee. Diplomarbeit: Universität Wien. Online verfügbar unter: www.psychologie.uzh.ch/perspsy/STCI/STCI.../Sassenrath2001.pdf [Datum des Zugriffs: 23.09.10].

Schambach-Hardtke, Lydia (2005). Theoretische Hintergründe sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden. In Gahleitner, Silke / Gerull, Susanne / Petuya Ituarte, Begona / Schambach-Hardtke, Lydia / Streblow, Claudia. Einführung in das Methodenspektrum sozialwissenschaftlicher Forschung. (S. 12-25). Uckerland: Schibri-Verlag.

Schmitt, Rudolf (2003). Methode und Subjektivität in der Systematischen Metaphernanalyse [54 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 4(2), Art. 41, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0302415>. [Datum des Zugriffs: 26.10.10].

Schneewind, Klaus A. (1999). Familienpsychologie. (2. überarb. Aufl.). Stuttgart, Berlin und Köln: Kohlhammer Verlag.

Schneewind, Klaus A. (Hrsg.) (2000). Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis. Göttingen, Bern, Toronto und Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Schophaus, Michael (2000). Im Himmel warten Bäume auf dich. Die Geschichte eines viel zu kurzen Lebens. Zürich: Pendo Verlag AG.

Schuchardt, Erika (1996). Warum gerade ich? Leben lernen in Krisen. (9. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Schuchardt, Erika (2010). Lebenskrisen – Lebenschancen. Unterwegs zu Frieden und Glück durch den Lebensspiralweg der Krisenverarbeitung. Kongress Abstract. Online verfügbar unter: http://www.prof-schuchardt.de/kongress/local_images/abstract_dt_final.pdf [Datum des Zugriffs: 05.11.10].

Schwanitz, Dietrich (2001). Männer. Eine Spezies wird besichtigt. Frankfurt am Main: Eichborn AG.

Sonnenstrahl e.V. Dresden (2007). Krebs bei Kindern. Online verfügbar unter: <http://sonnenstrahl-ev.org/content/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=9> [Datum des Zugriffs: 29.03.10].

Steinert, Erika & Thiele, Gisela (Hrsg.) (2008). Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis. Frankfurt am Main: Internationaler Verlag der Wissenschaften.

Steinke, Ines (2010). Qualitätssicherung in der qualitativen Forschung. Online verfügbar unter: http://www.caqd.de/attachments/037_Steinke.pdf [Datum des Zugriffs: 17.11.10].

Werneck, Harald (2004). Die „neuen“ Väter. In: Das Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP). Online verfügbar unter: http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Elternschaft/s_255.html [Datum des Zugriffs: 14.09.09].

Witzel, Andreas (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt/Main und New York: Campus Verlag.

Witzel, Andreas (2000). Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 22, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>.

Zimbardo, Philip G. & Gerrig Richard J. (1999). Psychologie. Berlin, Heidelberg und New York: Springer-Verlag.

Anhang

A 1 – Brief zur Kontaktaufnahme der Väter

Görlitz, d. 12.12.09

Sehr geehrter Herr ...,

mein Name ist Anne Lindner. Vielleicht erinnern Sie sich an mich, denn im Rahmen meines Studiums der Sozialarbeit/Sozialpädagogik absolvierte ich vor Kurzem ein halbjähriges Praktikum bei der „Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e.V.“.

Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema „Krebs im Kindesalter“ und die Auswirkungen auf die Familie stellte ich fest, dass bisher fast ausschließlich die Situation des betroffenen Kindes selbst, die der Mutter sowie die der Geschwister näher beleuchtet wurde. Mein Interesse liegt aber besonders auch darin, zu erfahren, wie es den Vätern in dieser Zeit geht. In der Literatur lässt sich darüber bisher leider nur sehr wenig finden.

In meiner nun anstehenden Diplomarbeit möchte ich gern die Chance nutzen, mit Hilfe von Interviews zu erforschen, wie Väter die Krebserkrankung ihres Kindes und vor allem ihre eigene Situation in dieser Zeit erleben. Dabei bin ich natürlich auf die Unterstützung von Vätern angewiesen, welche mir in einem vertrauten, anonymen Rahmen ihre Erfahrungen erzählen möchten.

Ich würde Sie, sehr geehrter Herr ..., bitten, sich zu überlegen, ob Sie sich zu einem Interview mit mir bereit erklären. Ich versichere Ihnen selbstverständlich die komplette Anonymisierung der Daten sowie die sorgfältige Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen!

Ich werde in den nächsten Wochen noch einmal telefonisch Kontakt zu Ihnen aufnehmen. Wenn Sie weitere Fragen haben, können wir diese dann gern besprechen. Sie erreichen mich natürlich aber auch unter der Nummer ... oder per E-Mail an

Durch Ihre Mitarbeit können Sie helfen, die Arbeit der „Elternhilfe“ in Bezug auf Väter qualitativ zu verbessern und gegebenenfalls mehr auf die Bedürfnisse von Vätern abzustimmen.

Ich freue mich auf Sie und verbleibe mit freundlichen Grüßen



A 2 – Interviewtranskript Herr Berger

[Erklärung der Transkriptionsregeln vgl. Kapitel 6.5.]

Thema: „Väter krebskranker Kinder“
Interviewerin (I): Anne Lindner
Interviewpartner (IP): Martin Berger (anonymisiert)
Aufnahmedatum: 21.12.2009
Aufnahmedauer: 1h 36’

*** aus Datenschutzgründen entfernt**

A 3 – Interviewtranskript Herr Fischer

[Erklärung der Transkriptionsregeln vgl. Kapitel 6.5.]

Thema: „Väter krebskranker Kinder“
Interviewerin (I): Anne Lindner
Interviewpartner (IP): Lutz Fischer (anonymisiert)
Aufnahmedatum: 15.02.2010
Aufnahmedauer: 2h 25’

*** aus Datenschutzgründen entfernt**

A 4 – Zusammenfassende Nacherzählung des Interviews mit Herrn Schulze

*** aus Datenschutzgründen entfernt**

A 5 – Zusammenfassende Nacherzählung des Interviews mit Herrn Albrecht

*** aus Datenschutzgründen entfernt**

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere, dass die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe angefertigt wurde und ich mich keiner anderen als der von mir angegebenen Hilfsmittel und Literatur bedient habe.

Im Rahmen einer Prüfung wurde das Thema von mir noch nicht schriftlich bearbeitet.

Datum, Unterschrift

Zusammenfassung/Abstract

Wenn das eigene Kind an Krebs erkrankt, werden die Eltern mit massiven organisatorischen und psychosozialen Belastungen konfrontiert. Die Frage nach der Situation der Väter wurde in wissenschaftlichen Untersuchungen dabei bisher vernachlässigt, in aktuellen Fachdiskussionen zeigt sie aber mehr und mehr Präsenz.

Ziel dieser Studie ist deshalb, zu erforschen, wie Väter die Krebserkrankung und die damit verbundenen – oft stark veränderten – Lebensumstände erleben. Gleichzeitig liegt der Fokus auf dem (männlichen) Bewältigungsverhalten, woraus schließlich auf mögliche psychosoziale Unterstützungsleistungen geschlossen werden soll. Die Studie stützt sich dabei auf theoretische Grundlagen aus den Themenfeldern „Krebs im Kindes- und Jugendalter“, „Lebenssituation betroffener Familien“, „Väterforschung“ sowie „Bewältigung kritischer Lebensereignisse“.

Die Forschungsarbeit umfasst vier Interviews, welche mit der Methode des Problemzentrierten Interviews nach Witzel erhoben wurden. Darunter befinden sich ein Vater, dessen Kind erfolgreich therapiert wurde, zwei Väter, deren Kinder sich seit über zwei Jahren in Behandlung befinden, sowie ein Vater, dessen Kind an der Krebserkrankung verstorben ist. Die Interviews wurden nach der Methode des zirkulären Dekonstruierens von Jaeggi, Faas und Mruck einer Auswertung unterzogen.

Die Ergebnisse eröffnen einen vielseitigen Einblick in das Erleben und das Bewältigungsverhalten der interviewten Väter. Neben dem „Kampf“ als zentraler Umgangsform werden verschiedenste Lebensbereiche der Väter deutlich, welche durch die Krebserkrankung des Kindes negativen, aber auch positiven Änderungen unterliegen. Zudem konnten vielfältige Formen (männlicher) Bewältigung erarbeitet werden. Auch Aspekte, die den Bewältigungsprozess fördern bzw. hindern, wurden ersichtlich.

Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass Väter oftmals einer Vielzahl organisatorischer und psychosozialer Belastungen ausgesetzt sind. Spezifische psychosoziale Angebote für Väter eröffnen dabei die Möglichkeit einer gezielten Unterstützung im Bewältigungsprozess.

When their child becomes ill with cancer, parents suddenly have to deal with great organizational and psychosocial burdens. The question of the situation of fathers has been neglected in scientific research for a long time, but present technical discussions give this specific issue more and more weight.

The aim of this qualitative study is to research how fathers experience their child's cancer and the personal circumstances which are associated with the illness. In addition the focus of the study is on how fathers deal with this critical life event. As a result of the analysis possible methods of psychosocial support shall be worked out. The study is based on theoretical foundations of the topic areas "cancer at the age of childhood and youth", "life situation of affected families", "research on fathers" and "theories on how to overcome with critical life events".

The study comprises four interviews with fathers. These interviews were conducted based on the method of problem focused interview from Witzel. The sampling includes one father, whose child was successfully cured, two fathers, whose children are in therapy since more than two years and one father, whose child died of cancer. The interviews were analyzed with the method of circular deconstruction from Jaeggi, Faas and Mruck.

The results give a complex insight into how the interviewed fathers experienced the cancer of their child and how they cope with this illness and the resulting personal circumstances. The different areas of life which were changed negatively as well as positively are shown. Furthermore it becomes clear that besides other (male) coping strategies the father's central way of mastering their fate is by "fighting". Moreover the results show aspects which promote or stop the coping process.

According to the results of this study there are a lot of organizational and psychosocial burdens on fathers who have a child with cancer. Specific psychosocial offers for fathers open up possibilities of a targeted support in the coping process.